

Université de Montréal

**Les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant dans
une salle d'urgence**

Par
Geneviève Leblanc

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et
Postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières
option expertise-conseil

Février, 2018

© Geneviève Leblanc, 2018

Résumé

Au Québec, le nombre de visites des personnes âgées aux urgences a considérablement augmenté et les infirmières y travaillant seront de plus en plus en contact avec elles dans les prochaines années. Les infirmières semblent parfois désintéressées à soigner les personnes âgées et peuvent avoir des attitudes négatives à leur égard. Ces attitudes peuvent affecter la qualité des soins et le bien-être des personnes âgées, par exemple, en diminuant leur autonomie fonctionnelle et en augmentant leurs temps d'hospitalisation. Les attitudes à l'égard des personnes âgées ont été peu explorées dans la culture de la salle d'urgence. Cette ethnographie ciblée, basée sur la théorie de Schigelone (2003) sur les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes âgées, avait pour but de comprendre les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant à la salle d'urgence.

Six infirmières ont participé à cette étude. Des entrevues semi-structurées, des périodes d'observation ainsi que des conversations informelles ont été analysées à l'aide de l'approche thématique de Braun et Clarke (2006). Les résultats indiquent que pour les infirmières soigner des personnes âgées signifient un engagement professionnel ambivalent dans une dynamique de soins avec la personne âgée qui se veut humaniste et une prise en charge importante, mais complexe et difficile. Des éléments influencent ces significations soit la perspective de l'infirmière sur le vieillissement et la cadence de travail qui est modulée par l'organisation. Des recommandations ont été formulées pour la recherche, la formation, la pratique, la gestion et le politique.

Mots-clés : Personne âgée, infirmière, culture organisationnelle, salle d'urgence, âgisme, attitudes, comportements, ethnographie ciblée, soins gériatriques.

Abstract

In Quebec, the number of visits to the emergency department (ED) by older people has increased dramatically and nurses working in the ED will be increasingly in contact with them in the coming years. It has been observed that many nurses seem uninterested in caring for older people and may have negative attitudes towards them. These attitudes can affect the quality of care and well-being of older people, for example, by decreasing their functional autonomy and increasing their hospitalization time. Research is lacking on the attitudes towards older people in the cultural context of the ED. This focused ethnography, based on Schigelone's theory (2003) on the attitudes of health care professionals towards older people, aimed to understand the meanings of caring for older people for ED nurses.

Six nurses participated in this study. Semi-structured interviews, observation and informal conversations were carried out and analyzed with Braun and Clarke's (2006) thematic approach. The results indicate that for nurses caring for older people means an ambivalent professional commitment to a humanistic care dynamic with the older person and important patient care that are complex and difficult. Some elements influence these meanings such as the nurse's perspective on aging and the work pace that is modulated by the organization. Recommendations were made for research, training, practice, management and policy.

Keywords: Older people, nurses, organizational culture, emergency department, ageism, attitudes, behaviours, focused ethnography, gerontological care.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des sigles et abréviations.....	viii
Remerciements.....	ix
Chapitre 1 Phénomène à l'étude	1
But et questions de recherche	9
Chapitre 2 Revue des écrits.....	10
Recension des écrits par article.....	11
Caractéristiques des écrits inclus	17
Les caractéristiques de la salle d'urgence.....	17
Les perceptions des infirmières de la salle d'urgence à l'égard des personnes âgées ..	19
Les perceptions des infirmières quant à la culture organisationnelle de la salle d'urgence et des soins gériatriques	22
Cadre de théorique	29
La fonction instrumentale ou utilitaire.....	30
La fonction de la connaissance	31
La fonction de la défense de l'égo	31
La fonction de l'expression de valeur	32
Chapitre 3 Méthode.....	35
Devis de l'étude	35
Ethnographie.....	35
Liens entre l'ethnographie ciblée et le but de l'étude.....	37
Déroutement de l'ethnographie.....	39
Milieu de l'étude.....	40
Échantillon et stratégies de recrutement	40
Informateurs clés et généreux	40

Taille de l'échantillon	41
Critères de sélection des informateurs clés	42
Stratégies de recrutement des informateurs clés	42
Collecte de données	43
Observation	43
Entretiens semi-structurés	46
Conversations informelles	47
Notes de terrain	48
Journal de bord.....	48
Analyse des données	49
Critères de rigueur scientifique	54
Crédibilité	54
Confirmabilité	55
Significations dans leur contexte	55
Identification de <i>patterns</i> récurrents	56
Saturation	56
Transférabilité	56
Considérations éthiques	57
Consentement libre et éclairé.....	57
Confidentialité des données	57
Protection contre les inconvénients	58
Chapitre 4 Résultats	59
Description de la culture au cœur de la salle d'urgence	60
L'atmosphère au cœur de la salle d'urgence.....	60
L'environnement physique de la salle d'urgence	64
L'environnement social à la salle d'urgence	66
Présentation des participantes	69
Caractéristiques de l'échantillon.....	69
Présentation des informatrices clés.....	70
Présentation des thèmes	81

Un engagement professionnel ambivalent dans une dynamique de soins avec la personne âgée qui se veut humaniste	82
Une approche de soins différente modulée par l'importance accordée aux soins aux personnes âgées.....	83
État émotionnel en lien avec la difficulté de prodiguer des soins de qualité.....	88
Soigner une personne âgée à la salle d'urgence : une prise en charge importante, mais complexe et difficile	91
La prise en charge doit être globale, mais rapide.....	92
Des soins complexes et chronophages qui requièrent davantage d'efforts.....	96
La perspective de l'infirmière sur le vieillissement influence son attitude à l'égard des soins aux personnes âgées.....	100
Les stéréotypes associés à la personne âgée et au vieillissement influencent la relation de soins.....	101
Des écarts entre la représentation idéalisée des soins d'urgence et la réalité de la salle d'urgence.....	106
Des soins au rythme d'une cadence de travail modulée par l'organisation.....	107
Des contraintes organisationnelles limitant l'infirmière dans son rôle de prendre soin	107
Un rythme de travail dépendant de facteurs organisationnels	113
Chapitre 5 Discussion	118
Discussion des principaux résultats	119
Considérations théoriques.....	131
Considérations méthodologiques.....	132
Pertinence du devis de recherche.....	133
Échantillonnage.....	133
Méthodes de collecte des données	134
Limites de l'étude	135
Implications de l'étude pour les sciences infirmières	136
Pour la recherche.....	137
Pour la formation	138
Pour la pratique.....	139

Pour la gestion.....	141
Pour le politique.....	145
Conclusion	147
Références.....	149
Annexe A Lignes directrices de la revue <i>La Gérontoise</i>	164
Annexe B Questionnaire sociodémographique.....	167
Annexe C Guide d’observation.....	170
Annexe D Guide d’entretien semi-structuré	172
Annexe E Formulaire de consentement	175
Annexe F Lettre d’information sur le projet de maîtrise pour les informateurs généraux	183

Liste des tableaux

Tableau 1. Niveau de la culture organisationnelle selon Schein (2010).....	39
Tableau 2. Caractéristiques des périodes d’observation.....	45
Tableau 3. Exemple de la deuxième phase de l’analyse de données.....	50
Tableau 4. Exemple de la synthèse de l’origine des codes.....	51
Tableau 5. Exemple d’une schématisation thématique.....	53
Tableau 6. Statistiques descriptives des caractéristiques sociodémographiques de l’échantillon	70

Liste des sigles et abréviations

AAPA : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

CEPI : Candidate à l'exercice de la profession infirmière

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

ETG : Échelle canadienne de triage et de gravité

FIV : Fédération internationale du vieillissement

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRT : Pertinence, Rigueur, Transfert

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à ma directrice de mémoire Dre Anne Bourbonnais qui m'a fourni les outils nécessaires pour la réussite de mes études au cycle supérieur et qui m'a fait confiance dès le début. Malgré tous tes engagements, tu as toujours été disponible pour me soutenir et pour nourrir mes réflexions. Tes compétences humaines, relationnelles, pédagogiques et cliniques m'ont permis de développer mes connaissances, mes compétences et surtout, ma confiance comme étudiante-chercheuse! Je crois que ce que tu m'as légué de plus fort est d'avoir une vision différente sur la personne âgée. Tu m'as transmis des valeurs fondamentales, empreintes d'humanisme, nécessaire pour soigner. Je suis profondément reconnaissante d'avoir pu être à tes côtés pendant ces trois dernières années!

Notamment, je désire remercier M. Guy Sauvageau sénior pour son soutien financier, par son fonds de bourse à la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, qui m'a permis de réaliser mon projet de mémoire avec plus de quiétude.

J'adresse aussi mes remerciements aux six infirmières et les autres soignants de la salle d'urgence qui ont accepté de partager leur expérience de soigner des personnes âgées. Sans votre généreuse contribution, ce projet de recherche n'aurait pas pu être possible.

Je tiens également à remercier mes employeurs pour les conditions de travail me permettant d'avancer mon projet d'étude, et tout particulièrement Johanne G. qui m'a motivée activement à terminer mes études.

Mes remerciements vont aussi à ma famille, ma belle-famille et mes amis qui, avec cette question récurrente, « Quand est-ce que tu finis ton mémoire? », m'ont permis de ne jamais dévier de mon objectif final. À mon père et ma mère, merci de votre disponibilité pour avoir gardé Juliette pendant plusieurs jours de rédaction. Marie-Pier, Justine, Pamela et

Jérôme, merci de m'avoir changé les idées et de m'avoir soutenue durant cette aventure. À tous, merci pour vos encouragements, votre écoute et votre soutien qui ont été fort appréciés.

Enfin, je dois remercier mon conjoint Thomas pour son soutien quotidien indéfectible et son enthousiasme contagieux à l'égard de mes travaux comme de la vie en général. Thomas, merci d'avoir voulu t'engager dans cette aventure sans trop connaître l'impact que cela aurait dans notre vie. Notre famille a grandi en même temps que mon projet d'étude et tu as toujours été là pour m'encourager, ce qui m'a permis d'avancer et de réaliser ce projet avec confiance. Juliette, bien que tu sois petite, je te remercie d'avoir été aussi formidable pendant les moments où j'étais dans mon bureau pour écrire. Merci de m'avoir fait des câlins et des bisous dans les moments les plus difficiles et d'avoir sauté de joie lorsque c'étaient des moments heureux! Te voir à mes côtés et t'entendre dire « Moi aussi je travaille maman! » m'a fait sourire et m'a donné la motivation de terminer ce mémoire afin d'avoir plus de moments magiques avec toi! Vous deux, je vous remercie infiniment de m'avoir donné la force nécessaire pour poursuivre ce projet!

Chapitre 1

Phénomène à l'étude

Mondialement, le phénomène du vieillissement est identifié comme étant un sujet préoccupant. Comme la proportion de personnes âgées au Canada augmente (Statistique Canada, 2015), il y a et aura des changements importants au niveau économique, social et aussi au niveau du système de santé. En lien avec ce changement démographique, les infirmières travaillant à la salle d'urgence doivent davantage prodiguer des soins aux personnes âgées. Selon le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2014), le nombre de personnes âgées consultant aux urgences québécoises ne fait qu'augmenter. Entre 2003 et 2013, pour l'aire ambulatoire, il y a eu une augmentation de 25,5 % de la clientèle âgée de plus de 75 ans et pour les visites sur civière, il a constaté une augmentation de 32,9 % (CSBE, 2014). Conséquemment, le système de santé doit s'adapter à ce changement démographique (CSBE, 2016) qui bouleverse directement la prestation des soins infirmiers dans les salles d'urgence (CSBE, 2016).

Les infirmières travaillant à la salle d'urgence sont généralement les premiers professionnels de la santé à entrer en contact avec les patients. Dans ce contexte, les infirmières ont un rôle-clé dans la qualité des soins prodigués à ces derniers. Depuis la modification de la Loi sur les infirmières et les infirmiers en 2002, les infirmières de la salle d'urgence peuvent, à la suite de leur évaluation initiale du client, amorcer des mesures diagnostiques, des traitements selon une ordonnance et également, peuvent orienter certains clients vers d'autres ressources (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). Toutefois, le manque de connaissances des infirmières quant au processus du vieillissement peut avoir un impact sur leurs attitudes à l'égard des personnes âgées (de Almeida Tavares, da Silva, Sa-Couto, Boltz et Capezuti, 2015) et amener une discrimination fondée sur l'âge (Cooper et Coleman, 2001). Cette discrimination fondée sur l'âge peut conduire à des comportements et à des situations où les personnes âgées reçoivent un traitement de moindre qualité ou différent simplement en raison de leur âge (de Almeida Tavares et al., 2015; Liu, Norman et While, 2013; Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2016; Shen et Xiao, 2012).

Quoique le vieillissement soit un processus naturel, il peut être perçu, d'une part, positivement en étant associé à la sagesse et à l'expérience et d'autre part, négativement en l'associant plutôt au déclin, à un fardeau et à la sénilité (Adam, Joubert et Missotten, 2013). Ces perceptions ainsi que les présomptions quant au vieillissement et aux personnes âgées sont souvent fondées sur des stéréotypes dépassés (OMS, 2016) qui restent plutôt funestes (Adam et al., 2013). L'âgisme, qui représente la discrimination fondée sur l'âge, est un terme qui a été introduit par Robert Butler en 1969. Ce gérontologue américain définit l'âgisme comme : « un processus par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur âge et qui s'apparente à celui du racisme et du sexisme » (Association québécoise de gérontologie, 2012, p.1). Selon l'OMS (2016), les attitudes négatives ou dites âgistes à l'égard des personnes âgées s'observent partout. De plus, depuis les 200 dernières années, les stéréotypes associés à l'âge sont devenus de plus en plus négatifs (Ng, Allore, Trentalange, Monin et Levy, 2015). Ces auteurs ont démontré que l'apparition de ces stéréotypes était fortement associée au progrès médical et avec la proportion croissante de la population âgée de plus de 65 ans. D'ailleurs, le motif de discrimination le plus souvent cité en Europe est l'âge (Commission européenne direction générale emploi et affaire sociale, 2003). En effet, l'enquête TNS Opinion et Social (2013) relève que 45% des Européens considèrent que la discrimination des personnes âgées de plus de 55 ans est répandue. Selon Rippon, Zaniotto et Stepto (2015), l'âgisme est plus élevé en Angleterre qu'aux États-Unis, soit 29,1 % des personnes âgées de plus de 52 ans aux États-Unis ont déclaré être victime d'âgisme par rapport à 34,8 % en Angleterre. De plus, au fur et à mesure que ces personnes vieillissent, le taux de victimes d'âgisme augmente, soit de 30,2 % pour les plus de 70 ans aux États-Unis et de 37,5 % en Angleterre (Rippon et al., 2015).

La situation de l'âgisme au Canada n'est pas différente de celles retrouvées aux États-Unis et en Europe. Au Canada, l'âgisme est le préjugé social le plus toléré (Fédération internationale du vieillissement [FIV], 2012). Parmi un échantillon de 1501 Canadiens de diverses générations, 51 % admettaient d'avoir des attitudes âgistes (FIV, 2012). Chez les auteurs d'attitudes âgistes, les personnes âgées considèrent qu'à 34 % ce sont les professionnels de la santé, incluant les infirmières (FIV, 2012). Ces professionnels de la santé

sont influencés, d'une part par les préjugés sociétaux canadiens, soit que les personnes âgées sont perçues comme un fardeau économique, comme des personnes acariâtres, dépendantes, malades ou frêles (FIV, 2012) et, d'autre part, par leurs expériences de soins auprès de cette clientèle (Gaymard, 2006; Kearney, Miller, Paul et Smith, 2000). En effet, selon Gaymard (2006), le fait de côtoyer davantage de personnes âgées vulnérables, confuses et dépendantes consoliderait ces caractéristiques qui seraient transposées à toute la clientèle âgée.

En outre, à long terme, les attitudes âgistes sociétales peuvent affecter la personne âgée. En raison de la nature omniprésente des stéréotypes fondés sur l'âge, Levy, Slade, Kunkel et Kasl (2002) soutiennent que les personnes âgées ont plus de difficultés à se protéger contre ce type de discrimination. Inconsciemment, au fil du temps, elles internalisent ces perceptions négatives, ce qui peut amener la personne âgée à avoir des attitudes négatives quant à son propre vieillissement, nommé aussi âgisme auto-imposé (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2009). L'effet d'être plus fragile à la discrimination génère une diminution de l'estime de soi (Conseil des aînés, 2010), ce qui contribue à un manque d'engagement dans des comportements de prévention en santé (Levy, 2009). De ce fait, ces personnes développent davantage de problèmes cardiovasculaires (Levy, Zonderman, Slade et Ferrucci, 2009), manifestent une diminution de leurs capacités de mémoire (Levy, 1996) et présentent un déclin de leurs capacités fonctionnelles (Levy, Ashman, Dror, 2000). Puis, contrairement aux personnes âgées ayant une perception plus positive quant au vieillissement, celles ayant une perception négative ont une diminution de l'espérance de vie de 7,5 ans (Levy et al., 2002).

Superposé aux attitudes âgistes sociétales, l'âgisme manifesté par les professionnels de la santé a des répercussions directes sur cette clientèle. Krout et McKernan (2007) expliquent que les attitudes âgistes créent des barrières à l'établissement d'une relation thérapeutique efficace avec les personnes âgées. Quant à Aminzadeh et Dalziel (2002), Courtney, Tong et Walsh (2000) ainsi que Hwang et Morrison (2007), ils exposent que les perceptions négatives de la part des professionnels peuvent affecter l'expérience de soins et la qualité de vie des

personnes âgées en diminuant leur autonomie fonctionnelle, en augmentant leur temps d'hospitalisation et en les rendant plus à risque de mortalité. Toutefois, peu d'écrits portent sur les conséquences des attitudes âgistes des infirmières à long terme, même si, celles-ci ne font pas exception à ce phénomène. Selon l'étude de Almeida Tavares et al. (2015), les attitudes âgistes retrouvées parmi les infirmières travaillant en soins aigus constitueraient des obstacles à l'utilisation des bonnes pratiques infirmières chez la clientèle âgée, ce qui contribuerait au risque d'effets indésirables chez celles-ci.

Pourtant, l'utilisation des bonnes pratiques de soins infirmiers auprès des personnes âgées est d'autant plus importante puisque cette population compose la majorité de la clientèle en milieu hospitalier, entre autres, à la salle d'urgence. En effet, du fait que cette clientèle se présente avec multiples comorbidités et maladies chroniques rendant les signes et les symptômes d'une maladie aiguë atypiques est un défi en soi pour les professionnels de la santé (Lovell, 2006). De plus, les personnes âgées peuvent aussi se présenter pour des problèmes d'ordre psychosocial et ayant besoin de divers services de soutien à l'autonomie (Shanley, Sutherland, Stott, Tumeth et Whitmore, 2008) ce qui diffère de la culture des soins épisodiques offerts à la salle d'urgence. Le tout rend les besoins de santé des personnes âgées plus chroniques et complexes (Aminzadeh et Dalziel, 2002; OMS, 2016 ; Shanley et al., 2008). De ce fait, elles sont plus susceptibles d'être mal diagnostiquées (Shanley et al., 2008) et, par conséquent, sont plus à risque de recevoir leur congé avec des problèmes de santé non diagnostiqués et non traités (Aminzadeh et Dalziel, 2002). D'autre part, le séjour aux urgences pour les personnes âgées est plus long, elles sont donc plus susceptibles d'être hospitalisées et elles ont un risque de mortalité plus élevé que les autres groupes d'âge (Aminzadeh et Dalziel, 2002; Caterino, Karaman, Arora, Martin et Hiestand, 2009; Lowthian, Curtis, Jolley, Stoelwinder, McNeil et Cameron, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2011; Pines, Mullins, Cooper, Feng et Roth, 2013).

En réponse à cette problématique, le MSSS (2011) a conçu un cadre de référence intitulé Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA) pour aider les

professionnels de la santé et plus particulièrement, les infirmières, à s'approprier les soins de cette clientèle. De ce cadre de référence découlent des programmes de prévention du délirium, des chutes, de l'utilisation des contentions et des plaies de pression afin d'améliorer la qualité des soins auprès de cette clientèle. Cependant, malgré l'effort ministériel de sensibilisation invitant les professionnels de la santé à faire preuve de vigilance auprès des personnes âgées et à augmenter leurs connaissances, les écrits démontrent que les infirmières ont un manque d'intérêt à les soigner en adoptant des attitudes de soins négatives à leur endroit (Courtney et al., 2000; de Almeida Tavares et al., 2015; de Guzman et al., 2009; Gallagher, Fry, Chenoweth, Gallagher et Stein-Partbury, 2014; Grief, 2003; Liu et al., 2013; Stevens et Crouch, 1995).

De ce fait, les attitudes négatives à l'égard des personnes âgées ont plusieurs caractéristiques. Tout d'abord, l'une des caractéristiques d'une attitude est la direction, c'est-à-dire qu'une attitude dirige les comportements vers une direction précise (Vallerand et Lafrenaye, 2006). Par exemple, une infirmière possédant une attitude positive envers les personnes âgées pourrait traduire ses attitudes positives en préférant soigner (comportement) cette clientèle. Une autre caractéristique d'une attitude décrite par Vallerand et Lafrenaye (2006) est l'aspect d'être explicite et implicite. Les attitudes explicites sont les attitudes qu'un individu est conscient de posséder et qu'il peut aisément l'exprimer, par exemple dans son discours. Selon ces auteurs, une attitude explicite est exprimée lorsqu'un individu peut aller chercher en mémoire et l'utiliser pour répondre à un questionnaire ou à un entretien. À titre d'exemple d'attitudes explicites, les chercheurs Schroyen, Adam, Jerusalem et Missotten (2015) ont demandé à des infirmières travaillant en oncologie d'écrire les premiers mots qui leur venaient à l'esprit lorsqu'elles pensaient à une personne âgée. Les mots les plus populaires étaient les suivants : dépendance, perte d'autonomie, solitude, famille, expérience de vie et sagesse. Dans une autre étude, Guinchard, Sylvain, Ouellet, Python et Carpentier (2012) ont demandé aux infirmières travaillant en soins aigus de décrire les soins infirmiers prodigués aux personnes âgées. Celles-ci les définissaient comme étant routiniers, monotones, manquant de défis et elles caractérisaient les infirmières en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) comme non-compétentes techniquement. Ici, dans les deux

exemples, la récupération des informations est intentionnelle, contrôlée et consciente, donc ce sont des attitudes explicites.

Puis, les attitudes implicites sont celles que l'individu n'est pas conscient de posséder. Elles se manifestent par les actions et les jugements qu'un individu adopte devant une situation (Vallerand et Lafrenaye, 2006). L'exemple d'attitudes implicites typique est lorsqu'un individu est en présence d'une personne âgée et se met à lui parler plus fort, plus lentement tout en utilisant des phrases simples. Ce comportement d'âgisme est observable, mais souvent inconscient, découlant de présupposés que les personnes âgées ont des problèmes auditifs ou un déficit cognitif. Plus inquiétants encore, Higgins, Van Der Riet, Slater et Peek (2007) ont constaté que les professionnels de la santé agissaient différemment lors d'un soin auprès des personnes âgées. Dans un contexte de soins, le changement de comportement et la manière de considérer cette clientèle étaient observables par la façon dont les personnes âgées étaient négligées ou ignorées et comment leurs soins étaient retardés ou considérés comme moins prioritaires. Ces types de comportements non intentionnels et incontrôlés peuvent être associés à des attitudes implicites (Vallerand et Lafrenaye, 2006). Dans ces exemples, les personnes âgées risquent de ne pas recevoir les soins qu'elles nécessitent. Par conséquent, qu'elles soient explicites ou implicites, les attitudes négatives ont des répercussions sur la qualité des soins prodigués aux personnes âgées (Courtney et al., 2000; MacDowell, Proffitt et Frey, 1999; Stevens et Crouch, 1995).

Or, la culture organisationnelle peut aussi avoir une influence sur les attitudes des infirmières envers les personnes âgées. Ces dernières sont souvent confrontées à une culture organisationnelle de soins qui est conçue pour traiter des symptômes aigus et pour gérer les problèmes de santé de façon dissociée et fragmentée (OMS, 2016), comme celle de la salle d'urgence. Donc, les attitudes de ces infirmières sont influencées par une organisation des soins visant des soins épisodiques et non par une perspective de continuité et d'intégration des soins et des services qui est plus adaptée pour les besoins de la clientèle âgée (Aminzadeh et Dalziel, 2002; Hwang et Morrisson, 2007). De plus, certaines barrières organisationnelles

peuvent nuire à la qualité des soins prodigués. Le manque de temps, de ressources et de continuité des soins, les pressions économiques, les pénuries de personnel, les difficultés de communications avec les personnes âgées et leur famille, le manque de disponibilité de lit d'hospitalisation, un environnement qui met en danger la sécurité des personnes âgées et le manque de connaissances gérontologiques sont celles les plus souvent mentionnées (Boltz, Parke, Shuluk, Capezuti et Galvin, 2013; Kihlgren, Nilsson, et Sørli., 2005; Robinson et Mercer, 2007).

Par conséquent, la diminution de la qualité des soins chez les personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence ne s'arrête pas au désintérêt des infirmières à soigner cette clientèle. L'ensemble du contexte culturel de la salle d'urgence a aussi une influence sur la façon dont celles-ci font face à leur environnement (Annandale, 1996; Boreham, Shea et Mackeay-Jones, 2000). De ce fait, les attitudes des infirmières peuvent être influencées par leur patrimoine culturel et aussi, par la culture organisationnelle de leur milieu de soins.

Afin de contrer ces attitudes négatives à l'égard des personnes âgées, plusieurs études soutiennent que des interventions éducationnelles peuvent influencer sur les attitudes des professionnels de la santé en améliorant leurs connaissances (Capezuti et al., 2012; Carlson et Idvall, 2014; Ferrario, Freeman, Nellet et Scheel, 2007; Mandy, Lucas et Hodgson, 2007; Neville et Dickie, 2014; Ryan, Melby et Mitchell, 2007; Tullo, Spencer et Allan, 2010) et en remettant en question les croyances (Mellor, Chew et Greenhill, 2007). Toutefois, la majorité de ces interventions se sont déroulées auprès d'étudiantes infirmières ou de résidents en médecine. Bien que les étudiantes infirmières aient eu une amélioration quant à leurs attitudes à l'égard des personnes âgées lors de leur cursus scolaire, une fois sur le marché de travail, elles seront influencées par la culture organisationnelle du milieu de soins (Annandale, 1996; Boreham et al., 2000). Le changement des attitudes est un défi d'envergure, mais les sociétés ont réussi à diminuer les attitudes racistes et sexistes (OMS, 2016). Ce n'est donc pas une utopie de viser ce changement avec l'âgisme.

De ces faits, peu d'écrits portent sur la compréhension des attitudes et des comportements des professionnels de la santé quant aux soins aux personnes âgées (Schigelone, 2003) et encore moins des infirmières au sein de la culture particulière de la salle d'urgence. L'identification de ces attitudes et comportements est d'autant plus difficile que ce phénomène peut se manifester de façon implicite (Nelson, 2007). Selon l'écrit classique de Katz (1960) sur les attitudes, il est important d'avoir une compréhension claire des significations d'une attitude avant de pouvoir modifier favorablement un comportement.

C'est en réponse à ce constat que cette étude a été élaborée. La théorie intermédiaire de Schigelone (2003) en gérontologie sociale, issue de la théorie de l'approche fonctionnelle des attitudes de Katz (1960), fournit un cadre permettant de comprendre les attitudes d'un professionnel de la santé à l'égard des personnes âgées. Selon cette théorie intermédiaire, ce sont les fonctions des attitudes du professionnel de la santé qui permettent de mieux comprendre les significations de soigner une personne âgée et qui influencent les comportements des professionnels de la santé. Schigelone (2003) met en relation les quatre fonctions des attitudes de Katz (1960), soit la fonction instrumentale ou utilitaire, la fonction de la connaissance, la fonction de la défense de l'égo et la fonction de l'expression de valeur avec les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes âgées. Ces fonctions des attitudes sont présentées plus en détail au chapitre suivant.

But et questions de recherche

Compte tenu des considérations précédentes, le but de cette étude était de comprendre les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant à la salle d'urgence.

Afin de répondre au but de l'étude, les questions de recherche étaient :

- Quelles sont les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières de la salle d'urgence?
2. Quels sont les éléments qui influencent les significations de soigner des personnes âgées des infirmières dans la culture d'une salle d'urgence?

Chapitre 2

Revue des écrits

Ce second chapitre présente la recension des écrits présentée sous la forme d'un article. Ensuite, le cadre de référence utilisé sera présenté, soit la théorie intermédiaire de Schigelone sur les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes âgées.

Recension des écrits par article

Le chapitre 1 de ce mémoire présente la problématique de l'étude et démontre que ce phénomène est multifactoriel. Afin de présenter la recension des écrits à ce sujet, un article intitulé « Les perceptions des infirmières quant aux personnes âgées et aux soins prodigués dans le contexte de la salle d'urgence : Une revue narrative » a été publié dans la revue *La Gérotoise*¹ qui dispose d'un comité des pairs (voir les lignes directrices à l'annexe A). Pour cet article, l'étudiante-chercheuse a procédé à la recherche documentaire, à l'évaluation de la qualité des écrits, à l'extraction et à l'analyse des données, ainsi qu'à la rédaction du manuscrit. Les thèmes émergeant de cette recension sont les caractéristiques de la salle d'urgence, les perceptions des infirmières de la salle d'urgence à l'égard des personnes âgées et les perceptions des infirmières quant à la culture organisationnelle de la salle d'urgence et des soins gériatriques.

Article

Auteurs : Geneviève Leblanc, inf., Ét. M. Sc. ; Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

Titre : Les perceptions des infirmières quant aux personnes âgées et aux soins prodigués dans le contexte de la salle d'urgence : une revue narrative

Résumé :

Au Canada, 34 % des professionnels de la santé feraient preuve d'âgisme. Le phénomène du vieillissement de la population oblige les infirmières à soigner davantage de

¹ La référence complète de l'article qui est disponible gratuitement deux ans après sa publication est : Leblanc, G. et Bourbonnais, A. (2016). Les perceptions des infirmières quant aux personnes âgées et aux soins prodigués dans le contexte de la salle d'urgence : une revue narrative. *La Gérotoise*, 27(2), 7-16. Repéré à <https://www.aqiig.org/publications/La-Gerontoise-27-2-web-preview.pdf>

personnes âgées. Malgré la hausse des visites aux urgences par celles-ci, peu d'infirmières de ces milieux semblent démontrer de l'intérêt pour cette clientèle. Ce désintéressement peut influencer la qualité des soins. Le but de cette revue narrative est de dresser l'état des connaissances sur les perceptions des infirmières d'urgence quant aux personnes âgées et à leurs soins. Des recherches ont été effectuées dans CINAHL et PubMed à l'aide des mots clés suivants : personne âgée, urgence, infirmière, perception, attitude, comportement et soins gériatriques. La qualité des articles retenus a été évaluée à l'aide d'une grille d'analyse. Pour chacun des écrits, une analyse critique a été faite afin de dégager les thèmes pertinents et récurrents. Les résultats décrivent les caractéristiques de la salle d'urgence, les perceptions des infirmières y travaillant et leurs perceptions quant à la culture organisationnelle de ce milieu et des soins gériatriques. Peu d'écrits portent sur leurs attitudes et leurs comportements à l'égard de cette clientèle. Toutefois, il semble qu'une attitude ou un comportement défavorable peut affecter la qualité des soins prodigués aux personnes âgées en diminuant l'autonomie fonctionnelle, en augmentant le temps d'hospitalisation et le taux de mortalité. D'autres études devront être réalisées afin d'accroître la compréhension des attitudes et des comportements quant à cette clientèle.

Mots clés : Personne âgée, infirmière, perceptions, salle d'urgence, âgisme

Contexte

Au Canada, la représentation sociale des personnes âgées est plutôt négative et peut être associée à de l'âgisme. Le terme âgisme a été proposé en 1969 par le gérontologue américain Robert Butler. Il a alors défini l'âgisme comme « un processus par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur âge et qui s'apparente à celui du racisme et du sexisme » (Association québécoise de gérontologie, 2012, p.1). Un rapport sur ce thème a été produit par la FIV (2012) à l'aide d'un sondage auprès de différentes générations. Il montre que l'âgisme est le préjugé social le plus toléré au Canada ; 51 % des participants l'admettaient. Selon le même rapport, un participant sur cinq percevait la personne âgée comme étant un fardeau pour la société et une personne acariâtre, dépendante, malade ou frêle. De plus, huit Canadiens sur dix convenaient que les aînés de 75 ans et plus sont moins

importants et le tiers des participants reconnaissaient avoir traité différemment un aîné. Dans cette optique, l'infirmière, étant un être social, n'est pas à l'abri d'être influencée par les perceptions négatives du patrimoine culturel à l'égard des personnes âgées. En effet, les principaux auteurs d'âgisme seraient, à 56 %, les gens plus jeunes que les personnes âgées, à 34 %, les professionnels de la santé suivis par le gouvernement à 27 % (FIV, 2012).

Cet âgisme est d'autant plus préoccupant qu'il se produit dans le contexte du vieillissement de la population qui a des impacts multidimensionnels sur la société, dont le système de santé. Bien que le système de santé canadien tente de s'adapter à ce changement démographique, le vieillissement de la population bouleverse directement la prestation des soins infirmiers dans les salles d'urgence (CSBE, 2016). Effectivement, entre 2003 et 2013, le nombre de visites ambulatoires dans ces milieux de personnes de 75 ans et plus a augmenté de 25,5 % et le nombre de visites sur civière a augmenté de 32,9 % (CSBE, 2014). À ce rythme, d'ici une dizaine d'années, une visite sur civière sur trois concernera une personne âgée de 75 ans et plus (CSBE, 2014). Ce phénomène pourrait avoir un impact sur la prise en charge des personnes âgées en salle d'urgence.

Lovell (2006) affirme que la prise en charge des personnes âgées se présentant en salle d'urgence est un défi pour les professionnels de la santé. C'est une des raisons pour lesquelles le MSSS (2011) a conçu un cadre de référence intitulé Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier pour aider les professionnels de la santé à s'approprier les soins de cette clientèle. À partir de ce cadre, plusieurs programmes ont été élaborés afin d'améliorer la qualité des soins auprès de cette population. On y retrouve, entre autres, des programmes de prévention du délirium, des chutes, des contentions et des plaies de pression. Même si les infirmières sont de plus en plus sensibilisées et informées sur certaines approches et certains programmes de prévention adaptés à la personne âgée, elles semblent rester désintéressées à soigner cette clientèle et elles adoptent une perspective négative à leur endroit (Courtney et al., 2000; Gallagher et al., 2014; Grief, 2003; Liu et al., 2013). Ce désintérêt quant aux soins infirmiers délivrés aux personnes âgées en salle d'urgence peut affecter l'expérience de soins

et la qualité de vie de ces personnes en diminuant leur autonomie fonctionnelle, en augmentant leur temps d'hospitalisation et le taux de mortalité pendant leur séjour (Aminzadeh et Dalziel, 2002; Courtney et al., 2000; Hwang et Morrisson, 2007).

D'autre part, Higgins et al. (2007) ont exploré les attitudes d'infirmières en soins aigus à l'égard des personnes âgées et ils ont constaté que ces professionnels agissaient différemment lors d'un soin auprès de cette clientèle. Le changement de comportement et la manière de la considérer étaient observables par la façon dont les personnes âgées étaient négligées ou ignorées par les infirmières et comment leurs soins étaient retardés ou considérés comme moins prioritaires. Cette étude n'était pas spécifique au contexte de l'urgence, mais elle met en lumière l'impact de la culture organisationnelle d'un milieu de soins quant aux comportements des infirmières à l'égard des personnes âgées. En effet, la culture organisationnelle aurait une influence sur la façon dont les professionnels de la santé font face aux changements dans leur environnement (Annandale, 1996; Boreham et al., 2000). Selon Schein (2010), une culture organisationnelle peut être définie comme :

« un ensemble de présupposés et de croyances partagés qu'un groupe a appris au fur et à mesure qu'il a résolu des problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, qui a fonctionné suffisamment bien pour qu'il soit considéré valide, et par conséquent est enseigné aux nouveaux membres comme la manière appropriée de percevoir, de penser et de ressentir par rapport aux problèmes internes et externes » (Schein, 2010, p.18, traduction libre).

Ainsi, la culture organisationnelle est un facteur qui peut expliquer le comportement des infirmières à la salle d'urgence.

Ces comportements peuvent également être influencés par les attitudes des infirmières à l'égard des personnes âgées, comme l'indique la théorie intermédiaire sur les attitudes des professionnels de la santé envers les aînés de Schigelone (2003). Cette théorie aide à comprendre ce qui peut conduire les professionnels de la santé à soigner différemment en fonction de l'âge du patient. Les attitudes sont décrites comme pouvant avoir quatre fonctions

et, d'après cet auteur, l'infirmière définira son attitude selon l'intérêt qu'elle donnera aux soins à la personne âgée au sein d'une culture organisationnelle. La fonction instrumentale ou utilitaire aide la personne à maximiser ce qu'elle perçoit comme des « récompenses » ; c'est une attitude qui s'appuie sur ce qui a de l'utilité pour elle. Cette fonction peut influencer l'infirmière selon le degré de récompense qu'elle perçoit dans ses relations avec la personne âgée. Par exemple, l'attitude des infirmières pourrait être influencée dans leur intérêt pour les personnes âgées selon la charge de travail qu'elle perçoit avec cette population. La seconde fonction d'une attitude est celle liée à la connaissance. Les stéréotypes influencent ce type d'attitude qui se développe à partir des expériences d'autres personnes ou par les médias. La troisième fonction d'une attitude est celle de la défense de l'égo, c'est-à-dire un mécanisme de défense face à une menace extérieure. Par exemple, l'attitude des infirmières envers les personnes âgées peut être un reflet de leurs craintes à l'égard de leur propre vieillissement. La dernière fonction d'une attitude est celle de l'expression de valeurs qui sont centrales pour la perception de soi de la personne. Par exemple, une infirmière qui valorise beaucoup le fait de donner des soins critiques à l'urgence pourrait ne pas se percevoir comme une « vraie » infirmière d'urgence en soignant la clientèle âgée. Elle pourrait être tentée de l'éviter pour ne pas modifier sa perception de son rôle.

Ainsi, certains écrits indiquent que les personnes âgées sont traitées différemment des personnes plus jeunes, et ce, bien souvent à leur détriment. Toutefois, toutes les personnes, indépendamment de l'âge, ont le droit de recevoir des soins et des traitements optimaux, incluant ceux reçus à la salle d'urgence. Néanmoins, aucune revue des écrits sur les attitudes et les comportements quant aux soins aux personnes âgées au sein de la culture particulière de la salle d'urgence n'a été repérée. Le but de cet article est donc de dresser l'état des connaissances sur les perceptions des infirmières quant aux personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence.

Méthode

Afin de répondre au but, une revue narrative a été réalisée. Ce type de revue consiste à décrire l'état des connaissances sur un sujet précis en effectuant une analyse critique des écrits et en présentant les résultats sous forme d'un texte narratif (Paré, Trudel, Jaana et Kitsiou, 2015). Elle a été guidée par la description de la culture organisationnelle de Schein (2010) et la théorie intermédiaire sur les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes âgées de Schigelone (2003).

Stratégie de recherche

Afin d'effectuer cette recension des écrits, les bases de données CINAHL et PubMed ont été utilisées. De même, les références des divers écrits recensés ont été explorées, ainsi que la littérature grise. Afin de maximiser la sensibilité des opérateurs de recherche, diverses combinaisons de termes ont été utilisées. Les mots clés suivants ont été employés : elderly, older adult; emergency, ER, ED, emergency room et emergency department ; nurse, nursing et registered nurse; perception, attitude et behavior ; elderly care et geriatric care.

Tous les articles écrits en français ou en anglais entre 2000 et 2016 ont été retenus. Après la lecture du résumé, les écrits portant directement sur les perceptions des infirmières à l'égard des personnes âgées ou sur l'organisation du travail à la salle d'urgence ont été inclus. L'échantillon final était composé de 22 écrits répondant à ces critères d'inclusion, soit dix études qui ont été identifiées dans les bases de données, neuf études supplémentaires qui ont été identifiées par d'autres sources et trois documents qui ont été retrouvés dans la littérature grise.

Évaluation de la qualité des écrits

La grille d'analyse Pertinence, Rigueur, Transfert (PRT) qui a été élaborée par le corps professoral de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2008) a été utilisée pour évaluer la qualité des écrits recensés. Elle permet, entre autres, d'évaluer la

rigueur d'un écrit scientifique. À la suite de cette évaluation, seules les études dont l'échantillon n'incluait pas des infirmières ou qui ne s'étaient pas déroulées en milieu hospitalier ont été exclues n'étant pas pertinentes avec le but de la revue des écrits.

L'intégralité des textes a été examinée par l'auteure principale. À l'aide de tableaux, les données pertinentes des écrits ont été classées afin de synthétiser les thèmes récurrents et pouvoir en tirer des conclusions significatives. Les études présentées dans les tableaux ont été soigneusement examinées et critiquées afin d'assurer la rigueur de la revue des écrits.

Résultats

Caractéristiques des écrits inclus

La stratégie de recherche a permis de recenser une étude quantitative, une étude mixte, une revue systématique, deux revues des écrits et 14 études qualitatives, ainsi que trois documents ministériels. Majoritairement, les populations de ces études étaient des infirmières d'urgence. La moitié des études se sont déroulées en Australie (4) et en Suède (4), suivi par le Canada (3), les États-Unis (3) et autres (2). Les écrits ont été regroupés en trois thèmes : les caractéristiques de la salle d'urgence, les perceptions des infirmières de la salle d'urgence à l'égard des personnes âgées et les perceptions des infirmières quant à la culture organisationnelle de la salle d'urgence et des soins gériatriques.

Les caractéristiques de la salle d'urgence

En général, la salle d'urgence est perçue comme étant la porte d'entrée de l'hôpital (Elmqvist, Fridlund et Ekebergh, 2012 ; MSSS, 2000). L'ambiance imprévisible la décrit souvent étant donné l'impossibilité de prévoir le nombre de patients et les raisons de leurs consultations. Selon l'ethnographie de Person, Spiva et Hart (2013), la caractéristique d'imprévisibilité, décrite par les participants qui étaient majoritairement des infirmières, rend d'une part, l'environnement de la salle d'urgence rapidement surpeuplé ainsi que stressant et

d'autre part, cause une variation sur le rythme de travail de lent à rapide. Cet environnement génère donc du stress et des frustrations chez les infirmières (Kelly, Parke, Jokinen, Stones et Renaud, 2011; Nyström, Dahlberg et Carlsson, 2003; Person et al., 2013). D'ailleurs, cet environnement de travail peut occasionner de l'insatisfaction au travail chez les infirmières. Elle entraîne également une diminution de l'application des protocoles de soins, une augmentation des erreurs ou des événements indésirables qui peuvent affecter la qualité des soins prodigués aux personnes âgées (Boltz et al., 2013). D'autres caractéristiques décrivant la salle d'urgence sont identifiées dans les écrits tels que : l'éclairage 24 h sur 24, les planchers lisses (Hwang et Morrisson, 2007), les professionnels de la santé rarement identifiés rendant difficile de distinguer leur profession, l'environnement bruyant, chaotique et l'espace physique limité (Kelly et al., 2011).

Dans le même ordre d'idées, Boltz et al. (2013) ont réalisé une étude exploratoire qualitative portant sur les perceptions de 527 infirmières provenant de 49 hôpitaux américains sur l'amélioration des soins à la personne âgée à l'urgence. Les infirmières ont signalé que la conception de la salle d'urgence et le manque d'équipement influencent la sécurité et le bien-être des personnes âgées. Des civières trop hautes, peu de matelas pour éviter les plaies de pression, un manque de chaise d'aisance et d'oreillers pour mobiliser les patients, affecteraient la qualité des soins chez cette clientèle. D'autres parts, Nyström et al. (2003) comparent même la salle d'urgence à une chaîne de montage industrielle représentant la chaîne des soins infirmiers. Ils caractérisent les soins infirmiers d'urgence par plusieurs fragments de soins qui rendent difficile une approche de soins holistique.

Quant aux études de Kihlgren et al. (2005) et de Muntlin, Carlsson et Gunningberg (2010), elles indiquent que l'une des causes d'engorgement des salles d'urgence serait provoquée par l'attente de transferts de patients dans d'autres unités de soins. Au Québec, la principale cause d'engorgement des patients sur civière est souvent attribuable à l'attente d'un lit d'hospitalisation (CSBE, 2016). En général, 48 % de ces lits sont occupés par des personnes

de 75 ans et plus en attente de services extérieurs, tel que le soutien à domicile ou l'admission dans un centre d'hébergement (CSBE, 2014).

Bref, cet environnement chaotique, bruyant et éclairé 24 h sur 24, en plus de l'attente liée aux transferts dans d'autres unités de soins, augmentent les risques d'un état confusionnel chez la personne âgée (Inouye, Westendorp et Saczynski, 2014). De plus, l'espace physique limité, l'équipement dysfonctionnel et les planchers lisses peuvent augmenter les risques de chute chez celles-ci (Hwang et Morrisson, 2007). En somme, les écrits soulignent l'impact que les caractéristiques de la salle d'urgence peuvent avoir sur la santé des personnes âgées, mais aussi sur celle des infirmières. Le stress et les frustrations qu'elles vivent au sein de cette culture organisationnelle peuvent influencer les perceptions des infirmières d'urgence quant aux personnes âgées.

Les perceptions des infirmières de la salle d'urgence à l'égard des personnes âgées

Dans leur revue systématique, Liu et al. (2013) ont recensé 25 écrits portant sur les attitudes des infirmières et des étudiantes en soins infirmiers à l'égard des personnes âgées. Ils ont constaté que depuis les années 2000, l'attitude de ces dernières à l'égard des personnes âgées semble être de moins en moins positive. Puis, ils ont examiné si le milieu de soins était un facteur influençant les comportements des infirmières. Or, aucun lien significatif entre le milieu de travail et les attitudes négatives n'a été démontré. Selon ces auteurs, vouloir travailler avec les personnes âgées ainsi que détenir des connaissances quant aux changements liés au vieillissement semble être en lien avec des attitudes plus positives envers les personnes âgées.

Plus spécifique au contexte des urgences, Bulut, Yazici, Demircan, Keles et Demir (2015) ont réalisé, en Turquie, une étude mixte. Elle avait pour but de déterminer les perceptions des professionnels de la santé travaillant en salle d'urgence concernant les personnes âgées. Un total de 19 médecins et de 17 infirmières y ont participé. La première partie de l'étude comprenait un questionnaire quantitatif et la deuxième partie des entrevues de

groupe. Les données ont permis de décrire la perception des professionnels quant au profil d'une personne âgée à l'urgence. Les infirmières et les médecins l'ont décrite comme une personne de 65 ans et plus, qui a besoin de soins et qui a un état fonctionnel limité ou altéré physiquement, psychologiquement et socialement. Plus précisément, la majorité des 36 participants (69 %) décrivait la personne âgée consultant aux urgences comme étant dépendante physiquement, émotionnellement ainsi que socialement et ayant des maladies chroniques (47 %) (Bulut et al., 2015). Ce thème de la dépendance est aussi soulevé par Kihlgren et al. (2005).

En fait, selon l'ethnographie de Fry (2012), la dépendance d'une personne irait à l'encontre des valeurs de la pratique de soins d'urgence. Les participantes infirmières indiquaient que le patient idéal est celui qui prend pleinement ses responsabilités concernant ses soins de base (Fry, 2012). Cette perspective reflète un aspect important de la culture organisationnelle d'une salle d'urgence qui est peu compatible avec les caractéristiques attribuées par les professionnels aux personnes âgées. De ce fait, Higgings et al. (2015) indiquent que la personne âgée est perçue comme un fardeau pour les infirmières en soins aigus. En plus d'être une clientèle plus exigeante et qui demande plus d'attention que d'autres patients (Higgins et al., 2007), elle est perçue comme demandant des soins plus complexes et difficiles (Boltz et al., 2013) en plus d'avoir parfois besoin d'aide pour des soins considérés comme « de base ». À la lumière de la théorie de Schigelone (2003), il est possible de penser que cette confrontation de valeurs pourrait expliquer l'attitude plus négative des infirmières des soins aigus et de la salle d'urgence à l'égard des personnes âgées.

L'ethnographie canadienne de Kelly et al. (2011) avait pour but d'explorer et de comprendre l'impact de l'environnement d'un service d'urgence sur les soins auprès des personnes âgées de 75 ans et plus. Bien qu'il n'y ait pas eu d'observations faites pendant le quart de nuit et qu'il y ait eu seulement dix infirmières sur les 61 employés qui ont participé aux entrevues, un élément important s'est dégagé de cette étude sur le thème des perceptions des infirmières de la salle d'urgence sur les personnes âgées. Les infirmières étaient

conscientes des conditions de santé complexe des personnes âgées, mais lorsqu'elles étaient en sous-effectif ou lorsque l'urgence était très occupée, elles ne considéraient pas cette complexité ainsi que les besoins particuliers des personnes âgées. La force de cette ethnographie est sa rigueur méthodologique, bien que ces résultats aient été obtenus auprès de participants provenant d'une seule salle d'urgence. Il est donc difficile de les généraliser. Il est toutefois possible de penser que la non-considération de la complexité des conditions de santé chez les personnes âgées peut causer un préjudice par une sous-évaluation.

D'ailleurs, les participantes infirmières d'urgence de l'étude qualitative de Boltz et al. (2013) indiquaient que la personne âgée était souvent sous-évaluée. Cependant, elles ont indiqué que le manque de connaissances gériatriques pouvait rendre dysfonctionnelle l'évaluation de cette clientèle. De plus, ces infirmières étaient d'avis que les personnes âgées étaient transférées inutilement à l'hôpital et qu'elles n'étaient pas une priorité pour les urgences (Boltz et al., 2013). Selon ces résultats, le problème serait toutefois en amont, c'est-à-dire dans les résidences ou les centres de soins de longue durée où des problèmes du type infection urinaire pourraient être traités sur place. Ce constat a aussi été identifié dans l'étude de Kihlgren et al. (2005), mais cette fois, l'environnement non adapté à la clientèle âgée était identifié comme l'une des causes de la non-priorité accordée à cette clientèle.

En somme, les infirmières semblent percevoir les personnes âgées comme étant caractérisées par un déclin cognitif, un déclin physique et une dépendance. De plus, elles semblent les catégoriser comme des personnes demandant des soins non prioritaires au service d'urgence. La représentation plutôt négative de cette clientèle par les infirmières de la salle d'urgence peut être expliquée par les contraintes organisationnelles de ce contexte de travail. Toutefois, il est difficile de confirmer ces faits, car très peu d'infirmières de la salle d'urgence ont participé aux études recensées. Cependant, de plus amples informations sur leurs perceptions de la culture organisationnelle de la salle d'urgence et des soins gériatriques ont été retrouvées dans les écrits.

Les perceptions des infirmières quant à la culture organisationnelle de la salle d'urgence et des soins gériatriques

Les écrits analysés reflètent que sauver des vies semble être la mission qui est valorisée par les infirmières de la salle d'urgence. L'étude qualitative d'inspiration phénoménologique d'Elmqvist et al. (2012) visait à décrire et à comprendre l'expérience issue de la fonction de premier fournisseur de soins au triage de la salle d'urgence. Même si cette étude avait un petit échantillon, cinq infirmières et trois médecins, les données reflètent la richesse des expériences vécues. En effet, être sur la « ligne de front » signifiait pour ces participants de répondre aux besoins d'une personne en état critique, soit l'action de sauver des vies et d'établir, au même moment, une relation de confiance avec le patient et ses proches. Cette réalité a aussi été décrite dans l'ethnographie canadienne de Taylor, Rush et Robinson (2015) qui visait à explorer les expériences des infirmières prenant soin d'une personne âgée dans le contexte de la salle d'urgence. Cette étude a révélé que la culture de ce milieu de soins consistait à évaluer efficacement et à juger adéquatement les priorités, le tout, avec une pression temporelle constante. Ces auteurs ajoutent que cette culture de soins préconise des interventions efficaces, précises et rapides. Par conséquent, les patients hospitalisés, en attente d'un lit, se retrouvent à la fin de la liste des priorités des infirmières. En d'autres mots, les soins d'urgences sont promus pour les patients très malades (Nyström et al., 2003), les professionnels de la santé doivent être toujours prêts à agir dans les situations critiques (Elmqvist et al., 2012; Person et al., 2013) et la plus haute priorité des soins d'urgence est de sauver des vies (Elmqvist et al., 2012; Kihlgren et al., 2005). En revanche, la personne consultant pour des besoins moins aigus ou non urgents (Muntlin et al., 2010; Nyström et al., 2003) crée des frustrations chez les professionnels de la santé travaillant aux urgences. Ceux-ci percevaient que les patients requérant des soins non urgents provoquaient un ralentissement du fonctionnement de la salle d'urgence (Muntlin et al., 2010). Ensuite, pour plusieurs professionnels de la santé, l'action de sauver des vies est ce qui rend attrayants les soins d'urgence (Kihlgren et al., 2005; Muntlin et al., 2010; Person et al., 2013). Ainsi, la gestion des cas d'urgence, le fait de soigner des personnes en état critique et de visualiser l'évolution positive de leur état clinique rendraient l'expérience de travail enrichissante, passionnante et

valorisante (Khokher, Bourgeault et Sainsaulieu, 2009; Nyström et al., 2003; Person et al., 2012).

Or, les valeurs de cette culture organisationnelle des soins infirmiers d'urgence peuvent, entre autres, influencer l'intérêt des infirmières quant aux soins gériatriques. Boltz et al. (2013) et Taylor et al. (2015) affirment qu'il était difficile pour les infirmières de passer des soins urgents aux soins de base et que ces derniers étaient perçus comme peu intéressants. Toutefois, le facteur temps ou encore les compétences et les connaissances infirmières quant aux soins gériatriques influenceraient également l'intérêt et la qualité des soins prodigués aux personnes âgées à l'urgence (Taylor et al., 2015).

Le facteur temps est important dans la culture des soins d'urgence. Afin d'évaluer si une salle d'urgence est plus performante qu'une autre, l'encombrement et les délais d'attente sont pris en compte (CSBE, 2016). Les infirmières perçoivent donc qu'elles doivent traiter le patient en sachant qu'il doit recevoir son congé le plus rapidement possible (Muntlin et al., 2010; Nugus et Forero, 2011). Cette culture d'efficacité dans la gestion du temps rend stressant, pour les infirmières, de soigner la clientèle âgée. Khokher et al. (2009) a exploré l'influence de la culture organisationnelle sur l'expérience et les perceptions des professionnels de la santé. La culture de la salle d'urgence, de la maternité, des soins intensifs et d'unités de chirurgie a été explorée. Parmi les participants, dix infirmières de la salle d'urgence ont indiqué qu'elles étaient constamment sous pression à soigner autant de personnes que possible afin de minimiser les temps d'attente. Sans spécifier l'âge de leurs patients, les participantes ont admis que lorsque l'état du patient requérait plus de temps ou d'attention, leurs interactions avec celui-ci étaient plus tendues (Khokher et al., 2009).

D'ailleurs, les professionnels de la santé ayant participé à l'ethnographie de Kelly et al. (2011) jugeaient que soigner une personne âgée demandait plus de temps que d'autres patients. Quant aux infirmières de l'ethnographie de Taylor et al. (2015), une forme de discrimination a émergé de leurs témoignages. Elles ont signalé que le processus de soins chez

une personne âgée ne cadrerait pas dans la culture des soins infirmiers d'urgence. Particulièrement, la lenteur à prodiguer des soins gériatriques allait à l'encontre des interventions rapides ou à l'accomplissement des multiples tâches infirmières (Taylor et al., 2015). Cet investissement en temps pour soigner une personne âgée peut aller contre les valeurs de l'infirmière et ainsi, entraîner des frustrations (Nyström et al., 2003; Person et al., 2013). Selon la théorie intermédiaire de Schigelone (2003), ce serait la fonction instrumentale qui expliquerait ce changement d'attitude. La perception que les soins gériatriques augmenteraient la charge de travail peut ainsi affecter l'attitude de l'infirmière.

Ensuite, Taylor et al. (2015) ont constaté que le manque de temps ou la surcharge de travail renforçait la croyance que les soins de base chez la personne âgée n'étaient pas une priorité. Effectivement, ces infirmières décrivaient que l'investissement en temps pour les soins de base, tels que la nutrition, l'hydratation, la toilette et la mobilisation, interférerait avec la priorité des soins d'urgence, soit l'ABC [A : voies respiratoires ; B : respiration ; et C : circulation] (Taylor et al., 2015). Ce constat est corroboré par l'étude qualitative de Gallagher et al. (2014) et par l'ethnographie de Fry (2012) qui évoquaient que la prestation des soins auprès de la clientèle âgée limitait l'accès aux patients en état critique. Taylor et al. (2015) ajoutent que, en lien avec les croyances liées à la culture organisationnelle de la salle d'urgence, les infirmières se représentent les soins gériatriques comme étant des sous-soins ou des soins non sécuritaires (Taylor et al., 2015). Toutefois, les contraintes à prodiguer des soins infirmiers de meilleure qualité provoquaient de la détresse chez les infirmières d'urgence (Kelly et al., 2011; Taylor et al., 2015). Cependant, Boltz et al. (2013) ont plutôt observé que certaines infirmières manqueraient de respect à l'égard de cette clientèle ; ils ont constaté un manque de compassion ou de l'âgisme. Néanmoins, ces résultats, obtenus auprès d'infirmières travaillant dans des hôpitaux qui se sont engagées à améliorer la prise en charge des personnes âgées hospitalisées, ne sont pas nécessairement transférables à l'ensemble des établissements. Toutefois, ils mettent en lumière l'impact de la culture organisationnelle de la salle d'urgence quant aux soins gériatriques et aux comportements ou attitudes négatives des infirmières.

Comme l'aspect temporel, les compétences et les connaissances sont aussi des caractéristiques importantes dans la culture organisationnelle des salles d'urgence. Dans divers pays, les infirmières d'urgence caractérisent leurs compétences par les soins techniques. Du côté des États-Unis, la capacité d'effectuer de multiples tâches (Person et al., 2013) est valorisée comme une compétence infirmière. En Australie, les soins cliniques des infirmières d'urgence sont décrits comme étant axés sur le traitement des patients, tels que l'administration des médicaments ou l'installation d'une canule intraveineuse courte (Nugus et Forero, 2011). Quant aux infirmières d'urgence de Suède, les compétences d'infirmières sont valorisées en lien avec les soins médicaux technologiques (Kihlgren et al., 2005; Muntlin et al., 2010).

Les infirmières suédoises participant à l'étude phénoménologique herméneutique de Nyström et al. (2003) indiquaient que les soins infirmiers d'urgence étaient axés sur des compétences très développées technologiquement et portaient sur l'exécution de tâches médicales plutôt que sur des compétences en soins infirmiers. Elles percevaient les tâches médicales comme une extension des soins infirmiers (Nyström et al., 2003). Ce constat est appuyé par l'étude qualitative de Kihlgren et al. (2005) qui a questionné dix infirmières d'urgence sur les caractéristiques d'un bon soin infirmier auprès d'une personne âgée. Les participantes se percevaient comme ayant un faible niveau de compétences en soins infirmiers gériatriques, car leur centre d'intérêt était des soins techniques et le savoir agir en situation d'urgence.

Par contre, les participantes de l'étude de Bulut et al. (2015) déclaraient qu'elles possédaient les connaissances nécessaires quant aux soins aux personnes âgées et qu'elles trouvaient que c'était une plus-value dans leur rôle infirmier. Elles affirmaient être compétentes lorsqu'elles répondaient à temps aux besoins physiques, sociaux et psychologiques des personnes âgées, tout en effectuant une surveillance constante afin de maintenir leur sécurité. Bien que ces infirmières aient été conscientes des caractéristiques de

soins de qualité, les contraintes organisationnelles et le manque de formation affectaient l'exécution de ces soins.

Néanmoins, l'étude quantitative descriptive de Roethler, Adelman et Parsons (2011) soulève une perspective divergente. Menée auprès de 32 infirmières d'urgence en Californie, elle visait à évaluer les connaissances en soins infirmiers gériatriques. À l'aide d'un questionnaire d'auto-évaluation du type Likert portant sur leur pratique infirmière, 80 % des participantes se sont évaluées comme « très bonne » et « bonne » quant à leurs compétences en soins gériatriques. Ces résultats ont été comparés à l'aide d'un autre questionnaire sur leurs connaissances sur les soins aux personnes âgées. Ce questionnaire était composé de sept questions vraies ou fausses et de huit questions à choix multiples sur les soins aux personnes âgées. Soixante-huit pour cent des participantes ont obtenu 60 % ou moins. Étant donné son échantillon de petite taille, cette étude ne permet pas une généralisation, mais ces résultats permettent de croire que les infirmières surestiment leurs connaissances et qu'elles perçoivent prodiguer, malgré tout, des soins infirmiers de qualité aux personnes âgées. Par ailleurs, le manque de formations et de connaissances sur les soins gériatriques est souvent soulevé par les infirmières d'urgence participant aux études et cela affecterait la qualité de leurs soins (Boltz et al., 2013; Bulut et al., 2015; Kelly et al., 2011; Kihlgren et al., 2005).

À l'aide d'études ethnographiques, la culture organisationnelle de la salle d'urgence a été décrite. La forte culture de soins infirmiers d'urgence influence les perceptions des infirmières quant aux soins gériatriques. Ils sont souvent décrits en termes de compétences techniques, de rapidité des actions et d'un savoir-faire en situation d'urgence. Par contre, cette culture de soins est à l'opposé des perceptions quant aux soins gériatriques décrits, dans la plupart des études, comme étant consommateurs de temps, complexes et non prioritaires. Toutefois, les contraintes organisationnelles et professionnelles, comme le manque de temps et de connaissances en soins gériatriques, peuvent entraver l'offre de soins de qualité. Même si certaines participantes infirmières mentionnaient vouloir posséder davantage de connaissances sur les soins aux personnes âgées, d'autres surestimaient plutôt leur niveau de connaissances.

Toutefois, une seule étude quantitative a évalué formellement le niveau de connaissances des infirmières d'urgence à l'égard des soins gériatriques. Pourtant, la connaissance est un facteur influençant l'attitude des professionnels de la santé (Schigelone, 2003). D'autres études quantitatives pourraient donc porter sur l'évaluation du niveau de connaissances des soins gériatriques.

Discussion

Les écrits mettent en évidence plusieurs éléments qui influencent les perceptions des infirmières travaillant dans une salle d'urgence, à l'égard des personnes âgées. À la lumière du cadre de références utilisé dans cet article, soit la description de la culture organisationnelle de Schein (2010) et la théorie intermédiaire sur les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes âgées de Schigelone (2003), il a été possible d'identifier des paradoxes entre la culture de la salle d'urgence et celle des soins aux personnes âgées. Ainsi, les infirmières travaillant à la salle d'urgence ont souvent une préférence pour les soins technologiques, les tâches médicales et elles sont davantage satisfaites lorsqu'elles peuvent percevoir l'évolution positive de l'état de santé des patients. Ces centres d'intérêt sont influencés par la culture organisationnelle liée aux soins d'urgence et par leurs connaissances en soins critiques. Le choc entre la culture des soins d'urgence et les soins requis par les personnes âgées peut expliquer certaines des attitudes et certains comportements négatifs des infirmières de la salle d'urgence. Ce choc peut, d'une part, renforcer les croyances voulant que la personne âgée ne soit pas une priorité dans les salles d'urgence, et, d'autre part, légitimer la surestimation par les infirmières de leurs connaissances en soins gériatriques. De plus, il peut expliquer pourquoi les infirmières de la salle d'urgence font parfois abstraction de la complexité clinique qui peut être associée à l'état de santé des personnes âgées. Les contraintes organisationnelles et le manque de connaissances sont d'autres facteurs pouvant influencer les attitudes et les comportements des infirmières de la salle d'urgence. Cependant, très peu d'écrits portent sur leurs perceptions quant aux personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence.

Cette revue des écrits a toutefois quelques limites. Tout d'abord, les études analysées étaient très hétérogènes et parfois contradictoires, il n'est donc pas possible de tirer des conclusions claires sur les perceptions des infirmières à l'égard des personnes âgées et de leurs soins. De plus, plusieurs des études recensées présentent de petits échantillons ce qui influence la validité des résultats ainsi que leur généralisation. De même, l'utilisation de seulement deux bases de données a, entre autres, limité l'étendue de la recension des écrits, ce qui peut avoir eu un impact sur la profondeur des conclusions présentées.

Recommandations

À la lumière de cette revue des écrits, il est cependant possible d'émettre quelques recommandations. Davantage d'études ayant de plus grands échantillons d'infirmières et considérant la culture de la salle d'urgence devraient être réalisées. Aussi, des études de type ethnographique ou phénoménologique permettraient de mieux saisir l'expérience pour les infirmières de soigner une personne âgée à la salle d'urgence, et de développer les connaissances pour accroître la compréhension des attitudes et des comportements à l'égard de celle-ci. Une meilleure compréhension de ces attitudes et comportements permettrait de recommander des stratégies pour la pratique infirmière, afin d'améliorer la qualité des soins pour cette clientèle et leur expérience de soins dans notre système de santé. L'une des stratégies pourrait être, entre autres, d'apporter des pistes de solutions afin d'adapter la culture organisationnelle de la salle d'urgence à celle des soins gériatriques.

Conclusion

Pour conclure, le vieillissement de la population accroît l'impératif d'amélioration des comportements ainsi que des attitudes infirmières à l'égard des personnes âgées. Comme l'indique Schigelone (2003), l'expérience positive ou négative des professionnels de la santé dans leurs soins dispensés à une personne âgée peut influencer les perceptions des autres. Le fait de valoriser, dans le contexte de l'urgence, des soins adaptés aux personnes âgées peut rendre l'expérience des infirmières plus positive avec cette clientèle et, par conséquent, avoir

des impacts positifs sur la santé des personnes âgées. De ce fait, la valorisation des soins prodigués à celles-ci à la salle d'urgence pourrait aussi avoir des effets sur les perceptions de la relève infirmière, des professionnels de la santé et, à plus grande échelle, de la population en général à l'égard des personnes âgées.

Références ²

Cadre de théorique

Afin d'atteindre le but de l'étude, la théorie intermédiaire sur les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes âgées de Schigelone (2003) a été choisie comme cadre théorique. Cette théorie intermédiaire a été développée pour la discipline de la gérontologie sociale.

Cette auteure s'appuie sur la théorie fonctionnelle des attitudes de Katz (1960) qui explique en quoi les attitudes facilitent les comportements et leurs utilités pour les individus. Katz (1960) ajoute que les attitudes peuvent être démontrées de manière verbale, soit sous forme d'opinion, ou de manière non verbale, soit sous forme de comportements. Le développement et les fonctions des attitudes sont individualisés et liés par des éléments structurels comme les connaissances, les intentions, les sentiments et les comportements amenant chaque individu à répondre différemment à un stimulus. L'attitude peut couvrir une ou plusieurs des quatre fonctions suivantes : une fonction instrumentale ou utilitaire ; de la connaissance ; de défense de l'égo ; ou d'expression de valeur.

² Les références de cet article ont été intégrées dans la liste générale des références du mémoire

En plus d'appliquer les fondements théoriques de l'approche fonctionnelle des attitudes de Katz (1960), Schigelone (2003) utilise le concept d'attitude âgiste pour comprendre les raisons de la présence d'attitudes et de comportements négatifs chez les professionnels de la santé à l'égard des personnes âgées. Notamment, afin de dégager les significations de ces attitudes négatives, Schigelone (2003) a employé les quatre fonctions des attitudes de Katz (1960) nommées ci-haut. Ainsi, cette théorie intermédiaire permet d'approfondir la compréhension de ce qui peut conduire les professionnels de la santé à soigner différemment en fonction de l'âge du patient, ce qui répond au but de l'étude, soit comprendre les significations de soigner une personne âgée par les infirmières travaillant à la salle d'urgence. Ces diverses fonctions seront maintenant présentées.

La fonction instrumentale ou utilitaire

La fonction instrumentale ou utilitaire d'une attitude est décrite comme étant une fonction d'adaptation sociale (Lafrenaye, 1994). Une personne élabore des attitudes favorables à l'égard des phénomènes qui lui sont utiles en lui permettant de satisfaire ses besoins et elle élabore des attitudes négatives quant aux objets qui sont à l'origine de sentiments de peur ou de frustration. De plus, l'expression de ce type d'attitudes, dans un contexte social donné, permet de recevoir l'approbation ou d'éviter la désapprobation d'autrui. Une telle fonction peut expliquer certaines attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes âgées. L'attitude que le professionnel de la santé développera sera liée à la considération qu'il a à l'égard de cette clientèle, c'est-à-dire si les soins offerts aux personnes âgées sont bénéfiques ou nuisibles à ses propres intérêts (Schigelone, 2003). En effet, un professionnel de la santé désintéressé par les personnes âgées développera des attitudes plus négatives qu'un professionnel de la santé ayant de l'intérêt pour cette clientèle. Par exemple, l'attitude des infirmières pourrait être influencée dans leur intérêt pour les personnes âgées en fonction de la charge de travail qu'elles perçoivent comme nécessaire pour soigner cette clientèle. La charge de travail qu'occasionnent les soins à une personne âgée pourrait générer de la frustration, donc le développement d'attitudes négatives à l'égard des personnes âgées.

La fonction de la connaissance

La seconde fonction que peut avoir une attitude est celle liée à la connaissance. Ce type d'attitudes permettrait de donner un sens et de comprendre certains objets ou phénomènes dans l'environnement complexe de l'individu (Schigelone, 2003). Ce type d'attitudes permet de prédire comment les interactions avec ces objets ou ces phénomènes pourraient s'avérer. Pour y arriver, l'individu catégorise son environnement physique et social en classant et organisant les objets ou les phénomènes l'entourant (Bourhis et Gagnon, 2006). Puis, de cette catégorisation peuvent découler des stéréotypes. En effet, les individus forment des attitudes dites stéréotypées sur des personnes ou phénomènes même s'ils n'ont jamais eu de contact réel avec ceux-ci (Katz, 1960). Les stéréotypes sont souvent vagues et permettent à la personne de mettre de l'ordre ou de clarifier son univers. De ces faits, les attitudes ayant une fonction de la connaissance influencent les perceptions que les professionnels de la santé peuvent avoir à l'égard des personnes âgées (Schigelone, 2003).

Cela dit, les stéréotypes sont souvent fondés, par exemple, sur un manque de connaissances, par des expériences qu'ont eues d'autres individus ou encore sur des propos provenant des médias. Ce type d'attitudes aide les professionnels de la santé, ayant eu peu de contacts avec des personnes âgées, de catégoriser cette clientèle. De plus, ces attitudes permettent d'informer les professionnels de la santé ayant eu qu'un seul type d'expérience avec cette clientèle, par exemple les infirmières travaillant à la salle d'urgence soignant des personnes âgées (Schigelone, 2003). Selon cette auteure, les stéréotypes que peuvent avoir les professionnels de la santé influencent le développement de leurs attitudes envers les personnes âgées.

La fonction de la défense de l'égo

La troisième fonction d'une attitude est celle de la défense de l'égo, c'est-à-dire un mécanisme de défense relatif à une menace extérieure (Schigelone, 2003). Ce mécanisme de défense permet à la personne d'associer des aspects négatifs à des objets ou des phénomènes

dans le but de s'en dissocier et de protéger son estime de soi (Vallerand et Lafrenaye, 2006). Ces auteurs expliquent que nos attitudes peuvent augmenter notre estime de soi ou la protéger, ce qui peut découler dans certains cas à des attitudes négatives à l'égard d'une personne ou d'un phénomène.

Lorsqu'une personne se sent menacée par autrui ou un phénomène, les conflits émotionnels de cette personne peuvent générer une attitude à l'égard de l'autre ou du phénomène. Ainsi, à l'égard des attitudes quant aux personnes âgées, le conflit émotionnel d'un professionnel généré par la crainte de son propre vieillissement et par l'image du vieillissement projetée par les personnes âgées peut être la cause de certaines attitudes à l'égard de ces dernières. Ce type d'attitude pourrait expliquer pourquoi une infirmière agirait différemment en présence d'une personne âgée. Par conséquent, ce type d'attitude peut affecter les soins prodigués à la clientèle âgée (Schigelone, 2003).

Par ailleurs, l'estime de soi peut être personnelle, soit l'évaluation subjective qui est propre à l'individu, mais elle peut être aussi collective (Vallerand et Rip, 2006). Une personne augmentera son estime de soi collective en s'associant à des objets ou à des phénomènes qui sont valorisés par son groupe ou en se dissociant des objets ou phénomènes dévalorisés par ce même groupe (Vallerand et Rip, 2006). De ce fait, le professionnel de la santé peut valoriser ou non les personnes âgées selon l'attitude jugée adéquate par ses pairs.

En outre, selon Katz (1960), les individus ne sont généralement pas conscients de leurs mécanismes de défense. Dans certains cas, un individu peut reconnaître avoir protégé son égo, mais sans en connaître la raison et dans d'autres cas, il n'est conscient ni du mécanisme ni de la raison.

La fonction de l'expression de valeur

Cette dernière fonction que peut avoir une attitude est celle de l'expression de valeur. Alors que certaines attitudes ont pour fonction de prévenir la personne de révéler à elle-même

et aux autres sa vraie nature, telles que la fonction de la défense de l'égo, d'autres attitudes ont pour fonction de permettre à la personne d'exprimer ses croyances et ses valeurs (Katz, 1960). La perception de soi est positive lorsque la personne peut exprimer ses attitudes et se distinguer d'autrui. À titre d'exemple, une femme peut se dire végétarienne et tiendra des attitudes qui sont l'indication appropriée de ses valeurs centrales. Cette femme n'adopte pas un comportement végétarien pour obtenir une reconnaissance sociale, mais plutôt pour établir son identité. L'expression de ses attitudes reflètera ses croyances et ses valeurs centrales et lui fournira de la satisfaction, lorsqu'exprimée.

De ce fait, Schigelone (2003) explique que les professionnels de la santé ayant comme valeur professionnelle centrale d'être un « aidant » pour des personnes qu'ils considèrent plus vulnérables qu'eux, comme les personnes âgées, peuvent avoir des attitudes nommées infantilissantes. Bien que ces professionnels désirent sincèrement les aider, les professionnels de la santé agiraient à l'égard des personnes âgées de la façon qu'ils jugent le plus appropriées. Schigelone ajoute que les professionnels de la santé peuvent aussi se considérer comme étant « guérisseurs » et penser que les personnes âgées ne peuvent être complètement guéries. Dans cette optique, le professionnel de la santé peut alors éviter cette clientèle pour garder son image de soi (Schigelone, 2003).

En somme, sous l'angle de la théorie intermédiaire de Schigelone (2003), la recension des écrits démontre que les études empiriques ont exploré davantage la fonction de la connaissance et la fonction de l'expression des valeurs des infirmières envers les personnes âgées que la fonction utilitaire ou instrumentale et la fonction de la défense de l'égo. De plus, il y a peu de connaissances quant aux significations de soigner une personne âgée par les infirmières travaillant en salle d'urgence. Par conséquent, la théorie intermédiaire sur les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes âgées de Schigelone (2003) est pertinente pour dégager des significations qui peuvent être utiles pour améliorer les attitudes et les comportements des infirmières à l'égard des personnes âgées. Cette théorie permettra, entre autres, d'enrichir les connaissances sur la fonction de la connaissance des attitudes et la

fonction de l'expression des valeurs, en plus de développer des connaissances sur la fonction utilitaire ou instrumentale des attitudes et celle de la défense de l'égo. En approfondissant les connaissances à cet égard, des interventions efficaces afin d'améliorer les interactions entre les infirmières et la clientèle âgée pourront éventuellement être développées. Le prochain chapitre concerne la méthode qui a été utilisée pour la réalisation de ce projet de maîtrise ainsi que les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques.

Chapitre 3

Méthode

Ce chapitre présente la méthode qui a été utilisée afin d'explorer et de comprendre les significations de soigner une personne âgée par des infirmières travaillant dans une salle d'urgence. Tout d'abord, le devis de l'étude, la description du milieu de l'étude, l'échantillonnage, les méthodes de collecte et d'analyse des données sont présentés. Puis, suivent les critères de scientificité et les considérations éthiques suivront.

Devis de l'étude

La revue des écrits a mis en évidence le manque de connaissances sur la compréhension des significations de soigner des personnes âgées à l'urgence, notamment au plan de la fonction des attitudes de la défense de l'égo ainsi que la fonction instrumentale/utilitaire. Afin de contribuer à la compréhension approfondie de ces significations en tenant compte de la réalité culturelle, une approche qualitative a été utilisée. Cette approche permet d'enrichir les connaissances empiriques et de fournir des explications sur le phénomène (Creswell, 2013; Streubert et Carpenter, 2011). En raison de la nature des questions de recherche, un devis de recherche de type ethnographique ciblé a été utilisé. Une description de ce devis et les liens entre ce dernier et le but de l'étude suivront.

Ethnographie

L'ethnographie est considérée comme la méthode de recherche qualitative la plus ancienne (Streubert et Carpenter, 2011) et elle est utilisée dans plusieurs disciplines. Toutefois, c'est en anthropologie que cette méthode a été développée. Sa plus-value découle de sa démarche holistique qui s'appuie sur de l'observation, des entretiens et des recherches documentaires (Spradley, 1979). Elle permet de mieux comprendre une culture (Boyle, 1994; Spradley, 1979) et les comportements humains (Roper et Shapira, 2000). Comme l'indique Boyle (1994), « l'ethnographie se concentre sur un groupe de personnes qui ont quelque chose en commun » (p. 161, traduction libre). La culture est ce qui caractérise une société ou un groupe social et celle-ci évolue avec le temps (Spradley, 1979). Une culture se développe à

travers un ensemble de valeurs, de croyances, de connaissances, de pratiques ainsi que de normes qu'un groupe partage. Le tout lui permet d'être, de penser, d'agir et de communiquer (Spradley, 1979). C'est dans son contexte culturel qu'un groupe peut donner un sens à son expérience de vie et comprendre le monde (Schein, 2010; Spradley, 1979).

Cependant, une culture précise peut être difficile à définir (Roper et Shapira, 2000) puisqu'elle n'est ni visible ni tangible (Polit et Beck, 2017), elle est plutôt vécue. C'est la raison pour laquelle l'ethnographie s'appuie sur une immersion dans le milieu culturel. Ainsi, au fil d'interactions avec le groupe, par le moyen d'entretiens et d'observations, le chercheur peut décrire et interpréter les significations que donne le groupe à leurs actions et leurs événements. Selon Spradley (1979), comprendre ces significations formant la culture est le point central de l'ethnographie. Par ailleurs, cette méthode sert à comprendre le sens de comportements (Spradley, 1979). De ce fait, l'approche ethnographique peut rendre explicite ce qui est implicite d'une culture (Speziale, 2007). Pour ce faire, l'ethnographie s'appuie sur la tension entre la perspective « émique » et la perspective « étique » (Bourbonnais, 2015; Boyle, 1994; Polit et Beck, 2017; Roper et Shapira, 2000; Speziale, 2007). La perspective « émique » correspond à la perspective implicite (Bourbonnais, 2015; Polit et Beck, 2017). C'est la perspective des membres d'une même culture qui peut être perçue par la langue, les concepts ou les moyens d'expression que les membres de cette culture utilisent entre eux pour caractériser leurs expériences (Polit et Beck, 2017). Quant à la perspective « étique », elle correspond à la vision des personnes n'appartenant pas à cette culture. Initialement, le chercheur apporte cette perspective « étique » (Bourbonnais, 2015; Polit et Beck, 2017). Progressivement, le chercheur s'efforcera d'acquérir, par l'apprentissage de la culture, une perspective « émique » de la culture, entre autres, par l'immersion (Bourbonnais, 2015; Polit et Beck, 2017). Le maintien de la tension entre les perspectives « émique » et « étique » est indispensable en ethnographie. Elle a lieu en s'immergeant dans la culture permettant d'acquérir une perspective « émique », tout en étant capable de prendre une certaine distance et de retrouver une perspective étique grâce à la réflexivité (Boyle, 1994; Roper et Shapira, 2000; Speziale, 2007; Spradley, 1980). En plus de contribuer à la validité des résultats obtenus (Boyle, 1994), cette tension permet de révéler certaines connaissances implicites de la culture

qui sont enracinées dans les expériences culturelles du groupe sans que ce dernier en soit conscient (Spradley, 1979).

Au cours des dernières années, divers types d'ethnographies ont émergé. Le plus connu est la recherche ethnographique classique, qui est aussi appelée « macro-ethnographie » ou « ethnographie globale ». Ce type d'ethnographie s'intéresse à l'ensemble des comportements d'une culture (Bourbonnais, 2015; Polit et Beck, 2017; Speziale, 2007; Streubert et Carpenter, 2011). Ce type d'étude nécessite de travailler directement avec les membres de la culture et requiert une longue période d'immersion et d'observation sur le terrain (Bourbonnais, 2015; Boyle, 1994; Polit et Beck, 2017; Speziale, 2007). Puis, il existe également l'ethnographie ciblée, qui est aussi appelée « ethnographie focalisée » ou « micro-ethnographie » (Bourbonnais, 2015; Boyle, 1994; Polit et Beck, 2017; Speziale, 2007). Dans le cadre de cette étude, une ethnographie ciblée a été retenue. Elle vise plus spécifiquement un comportement ou un phénomène précis à l'intérieur d'une culture (Bourbonnais, 2015; Boyle, 1994; Polit et Beck, 2017; Speziale, 2007). Tout comme un devis macro-ethnographique, l'ethnographie ciblée nécessite de travailler directement avec les membres de la culture, cependant la collecte de donnée requiert une moins longue période (Polit et Beck, 2017).

Liens entre l'ethnographie ciblée et le but de l'étude

Dans le cadre de cette étude, une ethnographie ciblée a été retenue afin de développer des connaissances quant aux significations que les infirmières, travaillant dans le contexte culturel de la salle d'urgence, donnent aux soins à une personne âgée. Ce choix est pertinent puisque les attitudes orientent les comportements que sont les soins (Vallerand et Lafrenaye, 2006) et que les comportements humains ne peuvent être compris que si l'on considère le contexte culturel dans lequel la personne évolue (Boyle, 1994). Dans ce sens, la présente ethnographie ciblée permet de mieux saisir l'essence des comportements des infirmières à l'égard des personnes âgées dans le contexte d'une salle d'urgence qui peut être considéré

comme une culture organisationnelle. Selon Schein (2010), une culture organisationnelle peut être définie comme :

« Un ensemble de présupposés et de croyances partagés qu'un groupe a appris au fur et à mesure qu'il a résolu des problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, qui a fonctionné suffisamment bien pour qu'il soit considéré valide, et par conséquent est enseigné aux nouveaux membres comme la manière appropriée de percevoir, de penser et de ressentir par rapport aux problèmes internes et externes » (Schein, 2010, p. 18, traduction libre).

Schein (2010) décompose la culture organisationnelle en trois niveaux distincts et indissociables : les artefacts; les valeurs; et les prémisses (Tableau 1). Tout comme Spradley (1979), Schein (2010) décrit les artefacts comme les aspects visibles d'un groupe, tels que les comportements observables, l'environnement physique, le langage, le style vestimentaire et les rituels. Les artefacts sont facilement identifiables, mais selon Schein (2010), il est difficile d'en tirer une signification. Quant aux valeurs, elles représentent les stratégies, les objectifs et les philosophies qui sont choisis de manière consciente par les membres. Les valeurs peuvent expliquer les comportements, les actions, les jugements et les décisions prises par un groupe. Finalement, les prémisses sont si ancrées dans une culture organisationnelle qu'elles sont difficilement identifiables. Toutefois, elles représentent les croyances qui sont au cœur d'une culture organisationnelle. Opérant au niveau de l'inconscient d'un individu et quasi jamais remises en question, elles guident le groupe pour interpréter les événements, les relations, les faits et elles influencent leurs visions, leurs réactions et leurs actions. À ce niveau, les présupposés, les sentiments et les tabous sont des exemples de prémisses. En somme, les valeurs découlent des prémisses et les artefacts découlent des valeurs. La définition de la culture organisationnelle de Schein (2010) a été pertinente pour cette ethnographie, puisqu'elle a permis de mieux comprendre les éléments importants à considérer dans la culture d'une salle d'urgence.

Tableau 1. Niveau de la culture organisationnelle selon Schein (2010)

Artefacts	Ce qui est visible <ul style="list-style-type: none"> • Environnement physique • Langage • Comportements • Style vestimentaire • Rituels
Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> • Normes sociales • Philosophie d'un groupe
Prémises et croyances	<ul style="list-style-type: none"> • La façon dont le groupe perçoit, pense, réagit et ressent les choses

Parallèlement à la définition de la culture organisationnelle de Schein (2010), la théorie intermédiaire de Schigelone (2003) porte sur les attitudes des professionnelles de la santé à l'égard des personnes âgées. Dans l'optique où une attitude conduit à un comportement (Vallerand et Lafrenaye, 2006) et que le comportement est le résultat d'interactions avec le milieu naturel d'un individu (Spradley, 1979), ce cadre de référence est cohérent avec une ethnographie ciblée, car il permettra d'interpréter (Bourbonnais, 2015) les attitudes des infirmières dans un contexte culturel précis.

Déroulement de l'ethnographie

Dans le contexte d'une ethnographie ciblée, chacune des étapes de l'étude, soit l'échantillonnage, la collecte de données et l'analyse des données font partie d'un processus cyclique qui, de manière itérative, est amorcé dès le début de l'étude (Bourbonnais, 2015; Boyle, 1994; Speziale, 2007). Ainsi, ces étapes sont interreliées et s'influencent mutuellement afin de guider la prochaine l'activité (Bourbonnais, 2015; Boyle, 1994). Tout au long du déroulement de l'ethnographie, un processus « d'aller-retour » est effectué afin de tendre vers la saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à une certaine redondance dans les données

collectées (Bourbonnais, 2015; Creswell, 2013; Loiselle et Porfetto-McGrath, 2007). Ce qui suit présente le milieu de l'étude, les stratégies de recrutement, l'échantillon, ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données.

Milieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans une salle d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux de la région de Montréal. Cette salle d'urgence aspire à être un modèle pour la qualité des soins, l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), la performance et la culture de cogestion. Dans le but de servir adéquatement la clientèle âgée, l'un de leurs objectifs est de développer une culture « Ami des aînées ». (J.-F. Thibault, communication personnelle, 8 décembre 2016).

Cette salle d'urgence possède une capacité de 26 civières, sept salles d'examens, deux salles de choc et quatre fauteuils de traitements. Les principaux secteurs d'activités sont la cardiologie, la pneumologie, la gastroentérologie et l'orthopédie. Par année, elle accueille environ 45 000 visiteurs dont la moyenne d'âge est de 69 ans. La durée moyenne de séjour à l'aire ambulatoire est de 4,4 heures et de 19 heures à l'aire des civières. Près de 140 personnes travaillent à la salle d'urgence, soit 26 médecins, 80 infirmières, 8 infirmières auxiliaires, 18 préposés aux bénéficiaires, un travailleur social, une infirmière de liaison, une infirmière en santé mentale, cinq agents administratifs et plusieurs bénévoles (J.-F. Thibault, communication personnelle, 8 décembre 2016).

Échantillon et stratégies de recrutement

Informateurs clés et généraux

Les participants recrutés en ethnographie portent le nom d'informateurs clés et d'informateurs généraux. Les participants ayant une bonne connaissance et expérience concernant le phénomène étudié dans le contexte culturel sont les informateurs clés (Bourbonnais, 2015; Creswell, 2013; Loiselle et Porfetto-McGrath, 2007; Roper et Shapira,

2000). Pour cette étude, les informateurs clés ont été des infirmières travaillant à la salle d'urgence depuis plus d'une année. Afin d'augmenter la crédibilité de l'étude et de mieux comprendre le contexte culturel, des informateurs généraux ont aussi été approchés. Ce type d'informateurs ont une moins bonne connaissance du phénomène (Creswell, 2013), c'est-à-dire sur les significations de soigner une personne âgée à l'urgence, mais ils peuvent augmenter la crédibilité de ce qui est appris dans cette ethnographie (Bourbonnais, 2015). Dans le cadre de cette étude, c'est lors de conversations informelles que l'étudiante-chercheuse a discuté avec plusieurs informateurs généraux. L'étudiante-chercheuse a eu des échanges avec un préposé d'entretien ménager, d'un agent de sécurité et deux agentes administratives. Puis, elle a aussi engagé des conversations informelles avec 16 soignants travaillant sur différents quarts de travail (assistantes infirmières-chefs, infirmières, infirmières auxiliaires, candidate à l'exercice de la profession infirmière [CEPI] et préposés aux bénéficiaires), de même qu'une enseignante en soins infirmiers ainsi que deux étudiantes en soins infirmiers.

Taille de l'échantillon

Selon Morse (1995), la taille de l'échantillon en recherche qualitative est déterminée grâce à la saturation des données, c'est-à-dire l'obtention de redondance dans les données recueillies (Loiselle et Porfetto-McGrath, 2007; Morse, 1995). Cependant, étant donné la limite temporelle dans le cadre d'un projet de maîtrise, le recrutement des informateurs clés s'est déroulé jusqu'à une tendance vers la saturation des données. À la lumière de ce que suggère Leininger (2001) pour une ethnographie ciblée, la taille de l'échantillon de la présente étude a été de six informateurs clés.

Dans la mesure où les soins prodigués aux personnes âgées sont différents selon le quart de travail de l'infirmière, un échantillonnage à variation maximale a été utilisé. Cela a impliqué de sélectionner des participants hétérogènes sur des dimensions d'intérêt (Polit et Beck, 2017). Le choix de participants ayant des perspectives et des antécédents variés permet de diversifier les points de vue quant au phénomène étudié (Creswell, 2013; Roper et Shapira,

2000). Ainsi, une attention particulière a été apportée à la sélection des informateurs clés, soit des infirmières travaillant à la salle d'urgence, ayant des expériences différentes à l'égard des personnes âgées et de leurs soins. À titre d'exemple, des informateurs clés travaillant sur les trois quarts de travail ont été recrutés. De plus, certains informateurs clés avaient peu d'expérience en salle d'urgence et d'autres beaucoup d'expérience.

Critères de sélection des informateurs clés

Pour être inclus dans l'étude, les informateurs clés participant à l'ethnographie devaient :

- être infirmière détentricice d'un poste de jour, de soir ou de nuit à la salle d'urgence depuis plus d'un an;
- être capable de s'exprimer en français;
- avoir le désir de partager son expérience de soigner une personne âgée.

Stratégies de recrutement des informateurs clés

L'infirmière-chef de la salle d'urgence ainsi que les assistantes infirmières-chefs ont été sollicitées afin de collaborer à l'immersion de l'étudiante-chercheuse dans le contexte culturel de la salle d'urgence et à l'identification d'informateurs clés potentiels (Roper et Shapira, 2000). Une première rencontre a eu lieu avec celles-ci afin d'expliquer les objectifs de l'étude et son déroulement. À la suite de cette rencontre, l'étudiante-chercheuse a pu s'immerger dans le contexte culturel de l'urgence. Dès lors, la collecte de données a commencé et l'identification active d'informateurs clés a pu se faire. Lorsqu'un informateur clé potentiel était identifié, des explications au sujet du projet lui ont été données et, s'il acceptait d'y participer, un consentement a été signé.

Collecte de données

Pour cette étude, une triangulation de méthodes de collecte des données a été utilisée. Elle permet d'obtenir une vision multidimensionnelle du phénomène et du milieu culturel étudiés et assure la crédibilité de l'étude (Roper et Shapira, 2000; Speziale, 2007). L'utilisation de multiples méthodes de collecte de données favorise la confrontation des données afin d'identifier des thèmes récurrents et d'augmenter la compréhension des significations (Brink et Edgecombe, 2003; Sim et Sharp, 1998) de soigner une personne âgée à la salle d'urgence. La collecte de données a été réalisée à partir d'observations, d'entretiens semi-structurés avec les informateurs clés et de conversations informelles auprès d'informateurs clés et généraux qui ont été documentées dans les notes de terrain. De plus, en ethnographie, le chercheur sert d'instrument qui génère, lui aussi, des données (Roper et Shapira, 2000; Spradley, 1979). L'étudiante-chercheuse a donc documenté ses réflexions dans un journal de bord. Un questionnaire sociodémographique (Annexe B) a également été utilisé auprès des informateurs clés. Dans ce qui suit, les méthodes de collecte de données seront détaillées.

Observation

L'observation est une méthode de collecte de données essentielle en ethnographie (Spradley, 1980). Selon cet auteur, l'observation permet au chercheur de s'immerger dans le contexte culturel étudié afin d'obtenir une meilleure compréhension du phénomène de l'étude. De plus, l'observation facilite l'identification des informateurs clés et contribue à susciter la réflexion quant aux comportements observés (Spradley, 1980). De plus, cette méthode de collecte de données aide à établir une tension « émique-étique » (Roper et Shapira, 2000; Spradley, 1979).

Ainsi, afin de comprendre la perspective « émique », Spradley (1980) suggère l'observation participante. Toutefois, étant donné les contraintes éthiques, organisationnelles et professionnelles liées au fait de réaliser de l'observation participante dans une salle

d'urgence, ainsi que la contrainte temporelle dans le cadre d'un projet de maîtrise, une observation non participante a été effectuée. L'étudiante-chercheuse, ayant déjà travaillé dans un milieu semblable en tant qu'infirmière, possède déjà une certaine compréhension de cette perspective « émique », ce qui a pu pallier les limites de ces contraintes et plutôt favoriser un recul permettant une certaine tension « émique-étique ».

Comme mentionné plus haut, les comportements découlent des attitudes implicites qui sont exprimées inconsciemment par les personnes (Vallerand et Lafrenaye, 2006). Ces éléments implicites sont indispensables pour comprendre la culture des informateurs clés (Roper et Shapira, 2000). Dans cette perspective, les périodes d'observations qui ont été réalisées auprès des informateurs clés se sont faites à distance aux postes des infirmières. Leurs comportements dans leur environnement naturel et leurs interactions avec leurs collègues ont permis de documenter les éléments culturels pouvant influencer la perspective quant aux personnes âgées et leurs soins à la salle d'urgence. De plus, ces observations permettent d'avoir une meilleure connaissance de l'environnement physique du milieu, de l'atmosphère du milieu, des activités et des interactions entre les informateurs clés et les informateurs généraux (Creswell, 2013). Ces observations ont été dirigées par un guide d'observation (Annexe C) qui est inspiré par les éléments visibles qui composent une culture organisationnelle de Schein (2010), soit les artefacts. La durée totale de ces observations a été de seize heures trente, soit cinq heures trente de jour, huit heures de soir et trois heures de nuit. La durée des observations variait selon les données collectées ainsi que du recrutement des informateurs clés. Les caractéristiques des périodes d'observation sont résumées dans le tableau 2. L'atmosphère observée durant ces périodes d'observation est décrite de façon plus approfondie dans le chapitre 4.

Tableau 2. Caractéristiques des périodes d'observation

Période observation	Intentions des observations	Atmosphère générale
Jour 1 : Quart de jour	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation à l'équipe de jour - Recrutement 	Journée tranquille
Jour 2 : Quart de jour	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement 	Journée occupée
Jour 3 : Quart de soir	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation à l'équipe de soir - Recrutement - Question : Qu'est-ce qu'un bon patient? 	<ul style="list-style-type: none"> - Début de journée tranquille. - Après l'équipe soignante a été monopolisée par la salle de réanimation - La suite de la journée a été occupée
Jour 4 : Quart de jour	<ul style="list-style-type: none"> - Questions sur : <ul style="list-style-type: none"> ➤ sur le facteur de temps ➤ qu'est-ce qu'une bonne journée - Disposition : ratio infirmière patient et dyade infirmière et infirmière auxiliaire 	Très occupé et équipe de soins fébrile
Jour 5 : Quart de soir	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement - Question sur : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pourquoi aiment-elles l'urgence ➤ Comment perçoivent-elles les personnes âgées à l'urgence - Interactions entre infirmière et infirmière auxiliaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Rythme de travail variant de rapide à lent selon le roulement de patients - Début de redondance dans les données
Jour 6 : Quart de soir	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement - Question sur : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Qu'est-ce que le bordel à l'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> - Rythme de travail variant de rapide à lent selon le roulement de patients
Jour 7 : Quart de nuit	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement - Questions sur : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Qu'est-ce que le bordel à l'urgence? ➤ Quand c'est tranquille, que faites-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nuit calme avec une personne âgée confuse et agitée

Entretiens semi-structurés

Pour cette étude, des entretiens semi-structurés d'une durée moyenne d'environ 40 minutes ont été réalisés. Ils ont été enregistrés sur bande audio afin de transcrire le verbatim de chaque participant pour l'analyse (Bourbonnais, 2015). Selon Spradley (1979), en ethnographie, les entretiens individuels semi-structurés auprès des informateurs clés est une étape indispensable pour collecter des données sur le phénomène étudié, tels que les significations de soigner une personne âgée pour les infirmières travaillant en salle d'urgence. Le lieu et le moment des entretiens ont été choisis selon les préférences des informateurs clés. Tout comme Gill, Stewart, Treasure et Chadwick (2008) le suggèrent, tous les entretiens de cette étude ont eu lieu dans une salle privée et sans distraction. Les entretiens se sont déroulés sous la forme d'une conversation amicale afin de s'adresser à l'informateur clé de façon naturelle. Ainsi, l'ordre et la formulation des questions ont été flexibles pour respecter la forme de ce type d'entretien (Bryman, 2012).

L'entretien semi-structuré a été conduit à l'aide d'un guide (Annexe D). Afin d'identifier les questions essentielles (Loiselle et Porfetto-McGrath, 2007) pour découvrir les significations de soigner une personne âgée par les informateurs clés, ce guide a été conçu à partir de la théorie intermédiaire de Schigelone (2003) décrit ci-haut. Dans l'intention d'explorer en profondeur les significations des attitudes des informateurs clés, les quatre fonctions des attitudes de la cette théorie ont été incluses dans ce guide, soit la fonction instrumentale ou utilitaire; la fonction de la connaissance; la fonction de défense de l'égo; et la fonction d'expression de valeur. De plus, le guide d'entretien incluait les trois types de questions ethnographiques décrits par Spradley (1979), soit des questions descriptives, structurelles et de contrastes. Selon cet auteur, les questions descriptives permettent d'entrer en relation avec l'informateur clé et de prendre connaissance de leur perspective relative au phénomène étudié. Une question descriptive générale est large afin d'avoir des données sur l'expérience du quotidien de l'informateur clé. Spradley (1979) nomme cette question « faire un grand tour », c'est-à-dire de capter l'ensemble de son univers. Un exemple de ce type de question dans notre guide est : « Pour vous, qu'est-ce que cela veut dire être une infirmière de

la salle d'urgence? ». À la suite de cette question descriptive générale, des questions descriptives plus spécifiques ont été posées afin d'explorer davantage des aspects du phénomène, par exemple « Qu'est-ce qui vous aide à donner des soins aux personnes âgées?, Qu'est-ce qui vous nuit? ». Puis, comme le suggère Spradley (1979), l'étudiante-chercheuse a posé des questions structurelles afin de compléter les questions descriptives. Ce type de question permet de recueillir des données plus précises sur l'expérience de l'informateur clé. Dans cette étude, les questions structurelles étaient en lien avec les fonctions des attitudes décrites par Schigelone (2003). Un exemple de ce type de question est : « Pour vous, qu'est-ce qu'une personne âgée? ». Finalement, des questions contrastantes ont été posées. Elles ont été généralement utilisées lorsque l'analyse de données était amorcée afin de confirmer des similarités et des différences identifiées dans les données (Spradley, 1979). Un exemple de ce type de question est : « Pouvez-vous m'expliquer les différences que vous voyez entre les soins que vous devez donner à un jeune patient de ceux d'un patient âgé? ». Étant donné que l'étudiante-chercheuse est novice en matière d'entretien individuel semi-structuré, le guide d'entretien a été prétesté auprès d'une collègue infirmière de la salle d'urgence afin de s'assurer de la clarté des questions.

Conversations informelles

Les conversations informelles ont eu lieu dans l'instant présent lors d'un événement précis plutôt que d'être planifiées avec les participants. Elles pouvaient se produire auprès des informateurs clés et des informateurs généraux (Robinson, 2013; Roper et Shapira, 2000), c'est-à-dire les infirmières ou toute autre personne travaillant à la salle d'urgence. L'utilisation de cette méthode de collecte est pertinente en ethnographie parce qu'elle permet de vérifier des données collectées de différentes sources, soit lors de l'observation ou d'entretiens auprès d'informateurs clés (Roper et Shapira, 2000). Elle a permis à l'étudiante-chercheuse de s'assurer qu'elle comprenait bien la perspective « émique » et le phénomène étudié, entre autres, en orientant les prochaines périodes d'observation sur des événements précis et en clarifiant certaines données collectées lors des entretiens semi-structurés. Selon Roper et Shapira (2000), les conversations informelles permettent aux informateurs de discuter de ce qui est significatif pour eux au moment même d'un événement spécifique. Dans cette optique, cela a permis d'identifier certaines valeurs et croyances ainsi que d'approfondir la

connaissance sur des comportements que des infirmières adoptaient à l'égard des personnes âgées, lors d'interactions avec leurs collègues, afin de dégager leurs significations. Finalement, cette méthode de collecte a facilité la relation avec les informateurs clés. En démontrant de l'intérêt pour ce que faisaient les participants, l'étudiante-chercheuse a démontré une ouverture à l'apprentissage et a favorisé l'apport des informations données par ceux-ci (Roper et Shapira, 2000). Tout au long du processus de collecte de données, les conversations informelles ont été documentées dans les notes de terrains.

Notes de terrain

Tout au long de l'ethnographie, des notes de terrain ont été prises. Cette méthode permet de documenter des éléments qui ont été entendus et vus (Roper et Shapira, 2000), qui suscitent de l'intérêt pour la collecte de données ou encore l'analyse (Bourbonnais, 2015). Les notes de terrain ont été consignées après chaque entretien semi-dirigé et chaque conversation informelle. Les notes de terrain étaient aussi composées d'idées d'analyse, ainsi que d'interprétations préliminaires sur les thèmes des données recueillies ou de questions (Loiselle et Porfetto-McGrath, 2007; Roper et Shapira, 2000).

Journal de bord

Comme les notes de terrain, un journal de bord a été utilisé durant toute l'étude, afin de documenter les réflexions sur les informations recueillies, les relations avec les informateurs ou encore les présuppositions en lien avec le phénomène étudié (Bourbonnais, 2015). Ceci a permis de guider le déroulement de l'étude afin de favoriser la réflexivité sur l'interprétation des données lors de l'analyse (Pellat, 2003). Puisque l'étudiante-chercheuse a déjà travaillé en salle d'urgence, mais dans un autre établissement, l'utilisation du journal de bord a été, entre autres, une façon de réfléchir à ses présuppositions afin de découvrir de nouvelles données sur le phénomène étudié (Bourbonnais, 2015).

Analyse des données

Pour cette étude, tous les types de données colligées ont été analysés, en plus des réflexions consignées dans le journal de bord. L'analyse thématique de Braun et Clarke (2006) a été la méthode utilisée pour cette étude. Son approche inductive a permis de dégager les *patterns* de significations récurrents, c'est-à-dire des significations répétitives que les infirmières avaient à l'égard des personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence. Un *pattern* est un système de signification qui explique le comportement adopté par les participants à l'étude (Spradley, 1979). L'émergence de ces *patterns*, à l'intérieur des données, a permis d'élaborer une riche description concernant les significations et de répondre au but de l'étude. Cette forme d'analyse thématique est basée sur les données et peut être utilisée avec un cadre de référence (Braun et Clarke, 2006), comme celui de la théorie intermédiaire de Schigelone (2003).

Cette méthode d'analyse thématique est constituée de six phases qui seront maintenant décrites. La particularité de cette analyse des données est sa flexibilité et son déroulement itératif (Braun et Clarke, 2006). Cela a permis à l'étudiante-chercheuse de respecter un processus cyclique entre l'échantillonnage, la collecte de données et l'analyse (Robinson, 2013; Spradley, 1980). Pour réaliser ces phases et faciliter l'organisation et le classement des données pendant l'analyse, les logiciels Excel et Word ont été utilisés.

La première phase a impliqué la transcription des enregistrements audio des entretiens individuels en verbatim ainsi que toutes les autres données recueillies lors de l'observation, des notes de terrain et des réflexions du journal de bord. Une fois la transcription réalisée, une lecture et une relecture des données ont été effectuées afin de se familiariser avec celles-ci. Ensuite, Braun et Clarke (2006) suggèrent de prendre des notes ou d'inscrire les premières idées de codage. Pour cette étude, la prise de note ou l'inscription des premières idées a été faite sous forme de commentaires dans le document Word ou Excel.

La seconde phase a consisté à générer les premiers codes à partir des données. Pour ce faire, des codes ont été créés par l'analyse des données brutes ayant une signification quant au phénomène étudié. Cette phase de codage a permis d'organiser l'ensemble des données dans divers groupes significatifs en lien avec les questions de recherche. Afin d'illustrer cette phase de codage, le tableau 3 présente un extrait de verbatim d'un entretien qui a été codé.

De plus, afin de faciliter l'identification de l'origine des codes dans les données, tout au long de l'analyse, leurs origines ont été rassemblées dans un tableau. Un exemple de cette synthèse des codes est exposé dans le tableau 4.

Tableau 3. Exemple de la deuxième phase de l'analyse de données

Verbatim	Codes
Intervieweuse : Est-ce que tu peux m'expliquer la différence entre donner un soin à un jeune patient versus un soin à une un patient âgé?	
Mme Métayer : Oui, je pense que donner des soins (pause), ça, un adulte, je suis pas sûre qu'y aimerait ça que j'y prenne la main, à moins que t'sais, la personne est, est vraiment en détresse, pis tout ça. Mais une personne âgée, généralement, t'sais quand qu'y vont pas bien, sont faibles, tout ça, juste la douceur que tu prends à t'occuper d'eux, fait une différence. J'en ai parlé tantôt [oui], mais je pense c'est vraiment l'approche. T'sais, je, le traitement est pareil, mais l'approche est différente. T'sais, un adulte, moi j'arrive que je suis douce, pis que tu vois des infirmières « qu'est-c'est tu fais là? ». Mais une personne âgée, j'ai l'impression sont, c'est ça, comme j'ai dit tantôt, sont plus fragiles à tous les niveaux, t'sais. Je veux pas dire que c'est des personnes vulnérables. Ben, oui, un peu. Mais c'est ça, sont plus fragiles. T'sais, tout, tout peut se débalancer d'un coup-là, tout peut se défaire d'un coup pour eux autres là.	1. Approche à la personne âgée différente qu'un jeune patient 2. Infirmière réassurance et d'accompagnement pour de meilleurs soins 3. Personne âgée plus fragile à tous les niveaux 4. Personne âgée est imprévisible cliniquement

Tableau 4. Exemple de la synthèse de l'origine des codes

Ensembles des codes	Entretien Mme Métayer	Entretien Mme Parent	Entretien Mme Turgeon	Entretien Mme Rémy	Entretien Mme Charpentier	Entretien Mme Marcoux	Observations	Conversations informelles
Écouter personne âgée facilite les soins		X		X	X	X		
Infirmière en dyade avec inf. auxiliaire charge de travail plus administrative	X		X					X
Infirmière doit s'adapter aux changements de l'urgence régulièrement					X	X	X	X
Infirmière surcharge travail	X	X	X	X	X	X	X	X
Personne âgée confuse difficile à soigner et draine de l'énergie	X	X	X			X		

La troisième phase a commencé lorsque toutes les données avaient été codées. Comme l'indique Braun et Clarke (2006), cette étape a consisté à trier les différents codes afin de les organiser pour former des sous-thèmes de même que des thèmes plus larges. Avec l'aide d'une schématisation thématique, l'étudiante-chercheuse a analysé les relations entre les codes afin de dégager des similitudes et des différences pour identifier des sous-thèmes et des thèmes. Le tableau 5 présente un exemple d'une partie de schématisation thématique ayant permis de dégager un sous-thème.

La quatrième phase impliquait un raffinement des thèmes identifiés. Pour y arriver, les critères d'homogénéité interne et d'hétérogénéité externe ont permis d'évaluer la pertinence des thèmes identifiés (Braun et Clarke, 2006). L'homogénéité interne correspond à la cohérence entre toutes les données d'un même thème. Ce critère aide à développer un *pattern* significatif et crédible. Ensuite, le second critère, l'hétérogénéité externe, est la cohérence entre l'ensemble des thèmes. L'ensemble de tous les thèmes qui sont cohérents, nommé aussi schématisation thématique, a permis d'exposer avec rigueur les significations à partir de la somme des données (Braun et Clarke, 2006).

La cinquième phase a été amorcée lorsque l'étudiante-chercheuse a été satisfaite de la représentation thématique globale des codes. Chacun des thèmes a été décrit de façon détaillée en exposant leurs définitions, leurs caractéristiques et leurs relations entre eux. Ces descriptions thématiques ont permis de comprendre les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant à la salle d'urgence.

Finalement, la sixième phase a consisté en la rédaction des résultats. Les résultats mettent en lumière les interprétations des comportements de l'infirmière soignant des personnes âgées tout en faisant des liens entre les questions de recherche et les écrits empiriques afin de convaincre le lecteur de la véracité de l'analyse.

Tableau 5. Exemple d'une schématisation thématique

Sous-thème : Une approche de soins différente modulée par l'importance accordée aux soins aux personnes âgées

Le souci envers la personne âgée

Personne âgée différente d'un jeune patient au niveau clinique et relationnel

Infirmière prodigue les soins différemment

Infirmière soigne différemment au niveau clinique les personnes âgées

Infirmière donne des soins différents d'un jeune patient

Traitement médical différent pour un patient âgé d'un jeune patient

Jeune patient plus facile à traiter qu'une personne âgée

Infirmière doit prendre plus soin d'une personne âgée

Nécessite une attention particulière

Infirmière porte plus d'importance et d'attention à une personne âgée qu'à un jeune patient

Infirmière va porter plus d'attention pour le même soin à une personne âgée qu'avec un jeune patient

Considérer la personne âgée

Infirmière considère personne âgée comme une clientèle différente

Infirmière considère importante les personnes âgées et veut apprendre à les connaître

Critères de rigueur scientifique

Au cours de l'ethnographie ciblée, des critères de rigueur propres à la méthode de recherche qualitative ont été respectés afin d'assurer la véracité des résultats (Lincoln et Guba, 1985). En lien avec l'approche ethnographique, les six critères de Leininger et McFarland (2006) ont été retenus, soit : la crédibilité, la confirmabilité, les significations dans leur contexte, l'identification de *patterns* récurrents, la saturation et la transférabilité. Ces auteures, inspirées par les critères de rigueur scientifique de Lincoln et Guba (1985) décrits comme étant le « *gold standard* », ont fait l'ajout de certains critères, soit les significations dans leur contexte, l'identification de *patterns* récurrents et la saturation afin de considérer le contexte culturel dans les données (Leininger et McFarland, 2006). Ces critères sont présentés ci-dessous.

Crédibilité

Le premier critère scientifique proposé par Leininger et McFarland (2006) est la crédibilité. Ce critère réfère à l'exactitude, l'authenticité et à la véracité des données transmises par l'informateur (Leininger et McFarland, 2006). Leininger et McFarland (2006) et Lincoln et Guba (1985) recommandent d'investir suffisamment de temps pour collecter des données en profondeur. Cette recommandation a favorisé l'établissement d'une relation de confiance avec les informateurs et a aidé l'étudiante-chercheuse à s'immerger dans le contexte culturel. Pour y arriver, l'étudiante-chercheuse a effectué plusieurs heures d'observation sur les trois quarts de travail dans le milieu choisi afin que les résultats reflètent bien la réalité culturelle.

Un deuxième moyen permettant de rendre crédible l'étude est la triangulation des méthodes de collecte des données (Lincoln et Guba, 1985). Cette triangulation a permis de confronter les divers types de données colligées afin d'obtenir, avec profondeur, une vision multidimensionnelle du phénomène étudié (Streubert et Carpenter, 2011).

Finalement, pour rendre l'étude crédible, des échanges sur les hypothèses d'interprétations avec la directrice de maîtrise ayant de l'expérience en ethnographie ont consisté en une vérification externe (Lincoln et Guba, 1985). Par ailleurs, les conversations informelles ont aidé l'étudiante-chercheuse à vérifier ses interprétations préliminaires auprès des participants. De cette manière, elle a pu percevoir les réactions des informateurs et a pu déterminer si ces résultats étaient significatifs et cohérents pour eux (Braun et Clarke, 2006; Lincoln et Guba, 1985).

Confirmabilité

Le second critère de rigueur scientifique est la confirmabilité de l'étude. Pour Leininger et McFarland (2006), ce critère vise à s'assurer que les résultats sont enracinés dans le contexte ainsi que dans la vision des informateurs et non dans le point de vue de l'étudiante-chercheuse. Pour assurer que les significations de soigner une personne âgée pour les infirmières travaillant à la salle d'urgence soient directement ancrées dans les données, l'étudiante-chercheuse a utilisé plusieurs mesures. L'étudiante-chercheuse a fait usage d'un journal de bord, a consigné des notes de terrain, a enregistré ces entrevues sur bande audio, a vérifié ces données brutes et ses résultats avec la directrice de maîtrise et a présenté des résultats à l'aide d'extraits de données.

Significations dans leur contexte

Ce critère fait référence à l'interprétation des données en considérant le contexte socioculturel des informateurs (Leininger et McFarland, 2006). Dans l'optique de comprendre les significations des informateurs ainsi que leur milieu culturel, l'étudiante-chercheuse a recruté des informateurs clés dans leur milieu et a procédé à des entretiens semi-structurés qui ont été soutenus par un guide d'entretien. De plus, en utilisant la triangulation des méthodes, l'étudiante-chercheuse a pu avoir une vision plus complète et contextuelle du phénomène étudié (Loiselle et Porfetto-McGrath, 2007).

Identification de *patterns* récurrents

Ce critère fait référence aux occurrences répétées d'évènements, d'expériences, de comportements chez les informateurs dans le milieu culturel. Ces occurrences répétées deviennent des *patterns* récurrents. Le processus de lecture et la relecture des données ont permis de valider les thèmes, soit les *patterns* qui étaient récurrents (Braun et Clarke, 2006).

Saturation

La saturation est obtenue lorsqu'aucune nouvelle donnée pertinente auprès des informateurs ne survient et que l'analyse ne fournit plus d'éléments nouveaux sur le phénomène étudié (Leininger et McFarland, 2006). Dans le cadre de cette étude de maîtrise, le critère a été jugé atteint lorsqu'une certaine tendance à la saturation a été identifiée. Le processus itératif du devis et la triangulation des méthodes de collectes de données ont permis à l'étudiante-chercheuse de détecter, lors des analyses, le moment où cette tendance dans la saturation a été observée. Dans la présente étude et selon ce critère, une tendance dans la saturation des données a été obtenue.

Transférabilité

Le sixième critère scientifique est la transférabilité (Lincoln et Guba, 1985). Selon plusieurs auteurs, ce critère se rapporte à l'application des conclusions générées par l'analyse des données à d'autres milieux culturels similaires (Leininger, 1994; Lincoln et Guba, 1985). Afin de permettre la transférabilité, l'étudiante-chercheuse a fait une description en profondeur du contexte culturel, du déroulement de l'ethnographie, des informateurs clés et généraux, de l'analyse thématique ainsi que des résultats, tels que suggérés par Lincoln et Guba (1985). Ces descriptions permettront aux lecteurs d'évaluer s'il est possible de transférer les résultats de l'étude à leur contexte.

Considérations éthiques

En premier lieu, le protocole de l'étude a été soumis au Comité d'éthique de la recherche du milieu de l'étude. La lettre d'approbation institutionnelle et éthique du projet a été obtenue en mars 2017. Tout au long de cette ethnographie, des précautions visant la dignité, l'intégrité et la confidentialité des participants ont été employées. Au cours du recrutement, de la collecte de données, de l'analyse des données et de la diffusion des résultats, les principes de la Politique des trois conseils ont été respectés afin que la recherche n'ait aucun préjudice pour les participants (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2014).

Consentement libre et éclairé

Au cours du recrutement des informateurs clés, les participants ont été informés de la nature de l'étude et ont signé un formulaire de consentement (Annexe E). Pour les autres participants à l'étude, entre autres les informateurs généraux, une lettre d'information sur le projet de maîtrise et sur le fait que ce dernier impliquait des périodes d'observation sur leur unité (Annexe F) a été diffusée sur l'unité de soins par le chef du service d'urgence. Tous les participants ont été invités à poser leurs questions afin que le consentement soit libre et éclairé.

Confidentialité des données

Dans le but de respecter la confidentialité des informations, toutes les données recueillies auprès des participants et du milieu hospitalier ont été identifiées avec des codes. Lors de la rédaction des résultats, des pseudonymes ont été utilisés pour nommer les informateurs clés. D'autre part, toutes les données écrites sont préservées dans un classeur barré auquel seules l'étudiante-chercheuse et sa directrice ont accès. Quant aux données informatisées, elles sont conservées sur un ordinateur appartenant à l'étudiante-chercheuse

protégées par mot de passe. Ces données seront conservées pendant cinq ans après la fin du projet et seront détruites par la suite.

Protection contre les inconvénients

Étant donné le phénomène étudié, certains informateurs clés auraient pu se sentir mal à l'aise de discuter de certains sujets par peur d'être jugés et par crainte que leur employeur ait accès à leurs propos. Pour s'assurer de leur sécurité, leur bien-être et le respect de la confidentialité des informations partagées, les informateurs clés ont été avisés des moyens utilisés pour protéger la confidentialité des données. De plus, l'employeur des informateurs n'a pas et n'aura pas accès aux données. D'autre part, dans le cas où les participants exprimeraient une forme de détresse, l'étudiante-chercheuse avait prévu d'orienter ces participants au service d'aide aux employés du milieu étudié. Toutefois, cette mesure n'a pas été nécessaire. Dans le prochain chapitre, les résultats de cette étude seront présentés.

Chapitre 4

Résultats

Ce chapitre présente les résultats d'une ethnographie ciblée. Il est composé de quatre sections. La première se veut une description de la culture au cœur de la salle d'urgence. La seconde section expose les caractéristiques de l'échantillon et une présentation des participantes. La troisième section présente les thèmes issus de la première question de recherche sur les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières de la salle d'urgence. Puis, la dernière section répond à la deuxième question de recherche, soit les éléments qui influencent ces significations.

Description de la culture au cœur de la salle d'urgence

Cette section présente des aspects de la culture de la salle d'urgence qui était à l'étude, entre autres, en y décrivant son atmosphère et son environnement. À travers cette description, des attitudes et des comportements manifestés par les infirmières dans des situations propres de cette culture sont aussi soulignés.

L'atmosphère au cœur de la salle d'urgence

Un ensemble de circonstances exerce une influence sur l'atmosphère de la salle d'urgence qui a été observée. Par exemple, l'atmosphère varie selon le quart de travail, l'équipe soignante y travaillant et les patients y recevant des soins. Afin de bien représenter cette culture, une journée typique de 24 heures sera décrite.

Aux alentours de cinq heures du matin, une atmosphère tranquille règne. Il y a un faible éclairage à l'intérieur du poste des infirmières. Ni les infirmières ni les autres membres de l'équipe soignante ne sont présents au poste. Certaines infirmières font la tournée de leurs patients en transportant du matériel à ponction veineuse et des médicaments. D'autres font des va-et-vient au poste pour aller chercher de l'information dans les dossiers. L'équipe soignante de nuit, qui est composée d'infirmières, de préposés aux bénéficiaires et d'une assistance

infirmière chef, communique en chuchotant ou par des radios bidirectionnelles. Au loin, il y a présence de murmures entre les infirmières et leurs patients afin de ne pas déranger le sommeil des autres. À l'occasion, une cloche d'appel résonne à l'intérieur du poste des infirmières. Plus l'arrivée du quart de jour approche, plus l'atmosphère tranquille devient mouvementée. Les infirmières du quart de nuit se hâtent à terminer les derniers préparatifs pour celles du quart de jour. Par exemple, elles complètent leurs dernières notes d'évaluation, administrent des médicaments ou encore préparent les patients pour des examens médicaux. Tout comme l'éclairage extérieur, la luminosité de la salle d'urgence est augmentée par un membre de l'équipe soignante. L'atmosphère est de plus en plus bruyante, les patients commencent à s'éveiller, mais les activités restent au ralenti.

Graduellement, l'équipe de jour fait son arrivée et l'unité devient une vraie fourmilière. À voix haute, l'équipe de jour s'installe au poste et cherche les dossiers de leurs patients attitrés. Elles échangent le rapport des activités de la soirée et de la nuit avec l'équipe de nuit et elles planifient les activités pour la journée. Les préposés aux bénéficiaires ainsi que les médecins le font également entre eux. En matinée, les préposés aux bénéficiaires distribuent les repas, donnent des soins d'hygiène et répondent aux cloches d'appel. Quant aux infirmières, elles font une tournée en se présentant à chaque patient, répondent aux demandes de leurs patients, en accueillent de nouveaux et préparent des congés et des transferts. Pendant ce temps, les médecins tentent d'évaluer de nouveaux patients, ils réévaluent des patients déjà à la salle d'urgence et donnent des congés à certains patients afin de libérer des civières.

L'arrivée des plateaux pour le dîner annonce au personnel le temps de la pause repas. Les infirmières tentent de trouver une collègue infirmière afin de lui transmettre un bref rapport avant d'aller dîner. En général, les infirmières ainsi que les infirmières auxiliaires parviennent à trouver le temps d'aller dîner. Toutefois, il arrive que certaines ne puissent quitter l'unité, par exemple, lorsqu'elles viennent de recevoir un nouveau patient ou qu'un patient est dans un état clinique critique. Dans ces situations, elles s'assurent que tous leurs patients sont hors de danger avant de quitter pour la pause repas. Tout au long de la journée et selon l'intensité du rythme de travail, le personnel soignant circule lentement ou rapidement

sur l'unité. Les équipes soignantes discutent constamment, sur un ton calme, de l'évolution clinique, des transferts et des congés des patients.

Soudainement, en milieu d'après-midi, le roulement de la salle d'urgence s'accélère, l'ambiance devient stressante. Entre les coups de plaqueuse de dossier, les cloches d'appel, le téléphone, les cris de patients et de multiples distractions, le personnel soignant travaille dans une atmosphère agitée. Le personnel s'organise rapidement et on peut distinguer un ton différent dans leurs discussions, plus pratique, direct et même brusque parfois. Il n'est pas rare de voir le personnel courir sur l'unité afin d'aller chercher du matériel, transférer un patient dans un secteur plus aigu ou encore d'aller solliciter un collègue pour avoir de l'aide. Puis, arrivent les spécialistes, l'équipe de réadaptation, la travailleuse sociale, l'infirmière de liaison et les techniciennes en pharmacie pour les consultations ainsi que pour les admissions.

Le poste est bondé de personnel soignant. L'intensité du rythme ne se calme pas au cours de la journée. Malgré les demandes croissantes de la part des médecins de l'urgence, des médecins spécialistes, de l'infirmière de liaison, de la travailleuse sociale et d'autres intervenants, les infirmières tentent de finaliser leurs dossiers avant l'arrivée de l'équipe de soir. Par moment, pour motiver l'équipe, il arrive qu'un membre de l'équipe détende l'atmosphère en disant une blague ou en rappelant qu'ils finissent dans peu de temps.

Souvent, vers la fin du quart de travail de jour, une rumeur circule : il manque encore une infirmière pour l'équipe de soir. L'assistante infirmière-chef cherche quelqu'un pour combler ce manque. Dans l'éventualité où personne n'est disponible pour assurer le remplacement, une menace plane : quelqu'un devra faire du temps supplémentaire obligatoire. L'ambiance stressante s'accroît. À ce moment, certaines infirmières se portent volontaires pour faire ce temps supplémentaire, mais elles négocient la section de la salle d'urgence où elles travailleront ou encore leur prochain jour de congé.

Alors arrive l'équipe de soir. Cette équipe semble plus dynamique que celle qui s'apprête à finir. L'ambiance bruyante, stressante et surpeuplée ne s'améliore pas. Les

infirmières de soir tentent de s'installer au poste. Cependant, peu de places sont disponibles pour s'asseoir et prendre le rapport, les infirmières de jour étant encore en place pour finaliser leurs notes ainsi que leurs plans de soins. Une fois qu'elles ont finalisé leurs dossiers, les infirmières de jour tentent de trouver à qui de l'équipe de soir elles doivent transmettre leur rapport. Tout comme une vente aux enchères, les infirmières de jour crient les numéros de civière de leurs patients jusqu'au moment où l'infirmière de soir attitrée se manifeste. Progressivement, l'équipe de jour quitte l'unité.

Le début de soirée est le moment où le roulement de patients est le plus important, car avec la fin de la journée de travail, le nombre de personnes se présentant à l'urgence augmente. D'ailleurs, le terme « roulement de patient » est souvent utilisé par les soignants. Ils décrivent ce roulement de patients comme étant les fluctuations quotidiennes dans la quantité de patients requérant des soins à la salle d'urgence et la charge de travail qui en découlent. Dans cette ambiance achalandée, les infirmières doivent rapidement et en même temps, accueillir de nouveaux patients, transférer des patients à l'étage et donner des congés afin de respecter les exigences de performance attendues à la salle d'urgence. Dès qu'un patient quitte l'unité, l'agente administrative fait un appel à l'interphone pour avertir le personnel d'entretien ménager de ce congé afin de nettoyer rapidement la civière pour accueillir d'autres patients.

Il est 22 h. C'est le moment où l'éclairage de l'unité est tamisé par un membre de l'équipe soignante et où cessent les appels à l'interphone. Graduellement, l'atmosphère électrisante diminue d'intensité. Tout le personnel se retrouve au poste pour finaliser les dossiers et répondre ponctuellement aux cloches d'appel. Les infirmières discutent entre elles de leurs cas, de leurs stress et de situations professionnelles frustrantes. Malgré l'ambiance plus calme et contrôlée, les infirmières se déplacent rapidement, car elles reçoivent toujours de nouveaux patients, doivent donner des congés et encore transférer des patients. Finalement, l'équipe de nuit arrive. Les infirmières de nuit sont calmes et posées. Elles sont moins nombreuses que l'équipe de soir. Elles se trouvent facilement une place au poste et attendent

le rapport des activités de la part de leur consœur de soir. L'atmosphère est à nouveau paisible jusqu'à l'arrivée du matin.

Toutefois, sur tous les quarts de travail, cette atmosphère est imprévisible. En un instant, cela peut chavirer et passer de calme à agité et vice-versa. S'il y a moins de patients venant consulter à la salle d'urgence, l'ambiance devient tranquille et monotone. L'équipe soignante, tellement habituée à travailler dans la rapidité et le stress, se retrouve alors désorganisée par le manque de tâches à exécuter. Toutefois, lorsque la sonnerie bien singulière du téléphone rouge résonne annonçant l'arrivée d'un cas critique, l'organisation de l'équipe soignante est chamboulée et l'atmosphère devient immédiatement fébrile. Une partie de l'équipe se mobilise dans la salle de réanimation pour accueillir le patient en état critique. Les priorités des soins changent et rapidement les infirmières peuvent prendre du retard dans leurs activités de soins.

L'environnement physique de la salle d'urgence

La salle d'urgence du milieu de l'étude est divisée en cinq secteurs : le triage, les soins mineurs, les soins majeurs, l'observation et la salle de réanimation. Le triage, aussi appelé la porte d'entrée de l'hôpital, est un lieu où les patients sont rencontrés dès leur arrivée. Les infirmières font une évaluation rapide des patients et selon leur état clinique, elles les dirigent soit aux soins mineurs, à l'observation ou aux soins majeurs. Dans le cas où l'état clinique des patients est critique, les infirmières dirigent ces patients vers la salle de réanimation, communément appelée, la salle de « réa ».

La section des soins mineurs s'adresse à des patients ayant un problème de santé mineur qui ne nécessitent pas d'hospitalisation, mais qui doit être traité rapidement, par exemple : des points de suture, des lavages oculaires ou des fractures mineures. Les soins prodigués à cet endroit sont décrits par les infirmières comme étant une chaîne de montage. Les patients arrivent de la salle d'attente, sont vus par le médecin, sont traités par l'infirmière,

puis quittent pour leur domicile. Cette section est composée de plusieurs petites salles où les patients sont évalués et traités ainsi que d'un poste destiné à l'équipe soignante attitrée à ces soins. Les infirmières y travaillant ont généralement quelques années d'expérience en soins d'urgence.

Puis, la salle d'observation est la section des soins aigus où l'état clinique des patients est plus stable et requière des soins ainsi que de la surveillance durant quelques heures, par exemple une chute ou une exacerbation d'une maladie chronique. Cette section est composée de 20 civières séparées par des rideaux et elle est souvent surpeuplée. Il est fréquent que cette section doive s'étendre jusque dans le corridor. Ces patients, majoritairement âgés de plus de 65 ans, sont couchés sur une civière et sont considérés comme de « petits cas ». Les infirmières travaillant à la salle d'observation sont souvent novices. D'ailleurs, c'est l'endroit où les nouvelles infirmières commencent leur pratique à la salle d'urgence.

Enfin, la salle des soins majeurs est la section destinée à des soins plus critiques et où l'état clinique des patients est plus instable et nécessite une surveillance accrue, comme un monitoring cardiaque. Cette section est composée de 6 civières séparées par des rideaux et ne peut dépasser cette capacité. D'âges variés, mais davantage âgés de 65 ans et plus, ces patients sont couchés sur une civière et considérés comme de « gros cas ». Les infirmières qui y travaillent ont davantage d'expérience clinique et ont reçu une formation pour y pratiquer.

Le poste est le centre névralgique de la salle d'urgence. Situé au centre de l'urgence, entouré de vitres et ayant une forme de U, il est divisé en plusieurs sections. Au milieu se retrouve l'environnement des médecins et des autres professionnels, par exemple les médecins spécialistes, la travailleuse sociale, les pharmaciens et l'équipe de réadaptation. À l'intérieur et au pourtour du poste se retrouve l'accueil, l'endroit où l'agente administrative travaille. Tout près de l'accueil, il y a l'assistante infirmière-chef. Son environnement lui permet d'avoir une vue d'ensemble de la salle d'urgence et être au centre de son équipe soignante. D'ailleurs, elle travaille devant un tableau lui affichant, en direct et en heures d'attente sur civière, la situation

de la salle d'urgence. Puis, d'un côté de l'accueil, se retrouvent les infirmières de l'observation et de l'autre côté de l'accueil, se retrouvent les infirmières des soins majeurs.

En fonction de plusieurs facteurs, l'environnement physique de la salle d'urgence change souvent. En raison de la fluctuation du roulement de patients, des civières s'ajoutent ou sont retirées. Selon la clientèle présente à la salle d'urgence, de l'équipement adapté prendra place dans l'environnement, tel qu'un fauteuil gériatrique ou des fauteuils roulants. Puis, suivant les problèmes de santé des patients, l'équipement autour du patient changera aussi, comme des pompes à perfusion ou des pancartes d'isolement.

L'environnement social à la salle d'urgence

Tous les soignants, outre les médecins, sont vêtus d'uniforme de différentes couleurs. Leurs noms ainsi que leurs fonctions sont difficilement identifiables. Toutefois, il est possible de les distinguer par l'endroit où le professionnel travaille à l'intérieur du poste. Comme décrit précédemment, les infirmières sont installées au pourtour du poste, tandis que les médecins et les autres professionnels se retrouvent au centre. Lorsqu'un employé cherche une infirmière, il se dirige vers le pourtour du poste. Toutefois, il doit demander aux infirmières, se trouvant au poste, où est celle qu'il recherche. Pour éviter cette perte de temps, certaines infirmières identifient leur environnement de travail en inscrivant leur nom sur un bout de papier qu'elles collent au-dessus de leur poste informatique. Pour les autres infirmières non identifiées, les professionnels peuvent se référer au tableau de distribution des patients se trouvant derrière l'assistante-infirmière chef. Les interactions entre les médecins et les infirmières varient selon l'expérience de l'infirmière. Plus l'infirmière a de l'expérience clinique, plus la discussion semble amicale, alors que lorsque l'infirmière est novice, la discussion est plutôt hiérarchique. Certaines infirmières l'expliquent par le fait d'avoir gagné la confiance des médecins. Lorsque les infirmières ont prouvé leurs compétences auprès du médecin, c'est-à-dire en l'interpellant pour de bonnes raisons, l'opinion de l'infirmière a plus de poids. Ce constat est aussi visible entre les infirmières novices et les infirmières d'expérience. L'insécurité des infirmières

novices peut parfois déranger les infirmières d'expérience. Toutefois, les infirmières d'expérience répondent, la plupart du temps, aux multiples questions des novices. Une infirmière posant des questions est considérée comme vigilante, tandis que celle qui ne pose aucune question est souvent catégorisée comme une infirmière dangereuse.

D'autre part, les interactions entre les infirmières varient selon la situation de la salle d'urgence. Lorsque la salle d'urgence est calme, les infirmières ont des discussions en lien avec leur vie personnelle. Cependant, lorsque la salle d'urgence est surpeuplée, les infirmières discutent entre elles plus brusquement des situations cliniques de leurs patients, de l'atmosphère stressante de la salle d'urgence et des urgences qu'elles doivent gérer. Lorsqu'il y a un patient qui est en état critique, c'est l'assistance infirmière-chef et l'infirmière responsable du patient qui donnent les directives à l'équipe de soins. Afin d'éviter les erreurs, leurs directives sont directes et claires. D'ailleurs, dans ces situations critiques, la dynamique de l'équipe soignante ressemble à une chorégraphie. Plus les membres de l'équipe soignante se connaissent, plus elles se font confiance. Ainsi, la chorégraphie est fluide et l'objectif commun est de sauver le patient.

Dans les situations où les soins sont plus routiniers, les infirmières travaillent davantage en solo. Elles s'organisent selon les priorités de soins et l'état clinique de leurs patients. Il n'est pas rare de les apercevoir soupirer, d'exprimer leur mécontentement ou encore de s'exclamer que c'est le « bordel ». Pour elles, le « bordel » signifie qu'elles ont perdu le contrôle de leur organisation des soins. La demande est telle qu'elles ont du mal à organiser les soins selon leurs priorités. Cette charge de travail croissante affecte le moral des infirmières. Elles semblent être déçues de ne pas offrir des soins de qualité.

Pour ce qui est des interactions des infirmières et infirmières auxiliaires, selon la perspective des infirmières, leurs interactions dépendent de l'efficacité de l'infirmière auxiliaire. Bien que depuis quelques années les infirmières auxiliaires travaillent à l'urgence et que cette pratique soit acceptée des infirmières, leur rapidité d'exécution et leur degré d'autonomie influencent les interactions. Lorsqu'il y a une dyade infirmière – infirmière auxiliaire, cette équipe a plus

de patients à leur charge. Parfois, on aperçoit une infirmière qui travaille en dyade soupirer en fixant du regard le nombre de dossiers à relever. Ceci implique, pour chaque patient à sa charge, qu'elle doit, entre autres, appliquer les ordonnances médicales individuelles et en déterminer un plan de traitement de soins et de traitements infirmiers; consigner des notes d'évolution; et de vérifier les notes évolutives médicales ainsi que les feuilles d'administration des médicaments.

Les interactions entre les infirmières et les préposés aux bénéficiaires varient selon le contexte de soins auprès d'un patient ainsi que du roulement à l'urgence. Bien souvent, ces soignants coopèrent bien. L'infirmière prend souvent le temps d'expliquer au préposé la situation clinique du patient afin que celui-ci puisse bien répondre à ses besoins. Toutefois, dans certains cas, souvent lorsqu'il y a une surcharge de travail et un manque de ressources, la relation de l'infirmière envers le préposé aux bénéficiaires devient plus hiérarchique. Elle lui donne des directives et quand celui-ci lui suggère des solutions, parfois l'infirmière l'ignore. Par exemple, dans une situation observée où il y avait un absent dans l'équipe de préposés aux bénéficiaires, un préposé demande à l'infirmière d'appliquer une mesure de contrôle chez une personne âgée à risque de chute. L'infirmière lui répond qu'elle n'appliquera pas cette mesure. Toutefois, par manque de ressources, les patients qui sont agités se voient souvent appliqués une mesure de contrôle, ce qui génère un sentiment de culpabilité chez certaines infirmières.

Le contexte imprévisible de la salle d'urgence influence l'environnement social, ce qui rend unique chaque relation entre l'infirmière et son équipe. Néanmoins, c'est lors de moments de haute intensité où l'équipe semble s'encourager le plus. Que cela soit les équipes de jour, de soir ou de nuit, un fort lien d'appartenance à la salle d'urgence est démontré par chacun. Ayant vécu de nombreuses situations intenses, les équipes connaissent leurs forces et leurs limites.

Présentation des participantes

Caractéristiques de l'échantillon

Les statistiques descriptives résumant les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées au tableau 6.

Les participantes de l'étude sont quatre femmes et deux hommes³ qui travaillent sur différents quarts de travail, soit le quart de jour (n=3), le quart de soir (n=2) et le quart de nuit (n=1). Elles sont âgées de 22 à 42 ans et elles détiennent toutes un poste d'infirmière à la salle d'urgence depuis au moins un an. La moitié ont commencé leur pratique à la salle d'urgence dans le milieu de l'étude. Leur nombre d'années de pratique infirmière varie entre 2 et 15 ans et leur nombre d'années de pratique infirmière à la salle d'urgence varie entre 1 et 15 ans. Parmi les informatrices clés, cinq infirmières sont titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers, dont l'une d'entre elles est en train de faire son baccalauréat en science infirmière (Bac). Deux autres infirmières détiennent un baccalauréat en sciences infirmières. La plupart des informatrices clés affirment avoir reçu une formation continue sur les soins à la personne âgée (n = 4). Parmi ces formations, on y retrouve notamment, la formation sur l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) (n=3), une formation obligatoire créée pour l'ensemble des intervenants des hôpitaux du Québec. Puis, l'autre participante a reçu la formation du programme PAIN FREE (*PAIN control following Fractures; towards an Elder-friendly Emergency*) (n=1). Finalement, seulement deux informatrices clés ont mentionné avoir une personne âgée significative dans leur entourage personnel, c'est-à-dire une personne âgée avec qui elles entretiennent, à leurs yeux, une relation de qualité ayant de l'importance.

³ Étant donné la prédominance du genre féminin parmi les informateurs clés et généraux, le féminin sera utilisé pour désigner les participants afin de mieux protéger l'identité des hommes.

Tableau 6. Statistiques descriptives des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Échantillon (n=6)	
Âge	
Moyenne	34,0 ans
Écart-type	± 6,84 ans
Genre	
Femme	4
Homme	2
Types de formation	
Diplôme collégial	3
Baccalauréat	2
Baccalauréat en cours	1
Années de pratique	
Moyenne	6,83 ans
Écart-type	± 5,56 ans
Années de pratique à la salle d'urgence	
Moyenne	6,17 ans
Écart-type	± 6,21 ans
Années de pratique à la salle d'urgence du milieu de l'étude	
Moyenne	6,17 ans
Écart-type	± 6,21 ans

Présentation des informatrices clés

En vue de contextualiser les données colligées auprès des participantes et mettre en valeur les thèmes émergeant de leur expérience de soins auprès de la personne âgée à la salle

d'urgence, une brève description de chaque participante sera maintenant présentée. Pour respecter la confidentialité de ces infirmières, tous les noms sont fictifs.

Mme Métayer

Mme Métayer est infirmière depuis plus d'une décennie. Dès l'obtention de son permis de pratique, elle a choisi les soins d'urgence. Lors d'une journée d'observation, je fais sa connaissance. Elle est calme, souriante et semble être intéressée par le sujet de mon étude. Comparativement au début de sa pratique, elle me raconte que la clientèle à la salle d'urgence a beaucoup changé et qu'elle est composée davantage de personnes âgées. En lui expliquant la problématique de mon étude, elle se met à me parler, avec un regard joyeux, d'une personne âgée de sa famille. Elle explique que pour sa part elle s'est beaucoup rapprochée de cette personne. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle veut participer à l'étude.

C'est pendant son heure de repas que j'ai interviewé Mme Métayer. Je l'attends dans le salon des familles, une salle ayant une ambiance calme et avec peu de distraction. Elle arrive en retard. Elle explique que c'est parce que l'urgence est surpeuplée actuellement et qu'il manque du personnel infirmier pour la remplacer durant son heure de repas. Après de multiples excuses, nous commençons l'entretien. Tout au long de la rencontre, je ressens que Mme Métayer a un certain malaise à discuter des soins prodigués aux personnes âgées dans la salle d'urgence. Je perçois qu'elle est de nature très positive et qu'elle n'aime pas discuter de choses négatives à propos de son équipe. Lorsque je lui pose des questions en lien avec ce qui a rendu difficile de soigner une personne âgée, elle rit nerveusement, elle me dit que je dois comprendre, car j'ai déjà travaillé à l'urgence et elle parle beaucoup. Elle dit que son équipe fait de son mieux et que maintenant, avec l'infirmière de liaison et la travailleuse sociale, les personnes sont bien prises en charge, et ce, rapidement. Ensuite, elle me raconte que sa pratique a beaucoup changé avec les années et qu'aujourd'hui, il est plus facile de soigner les personnes âgées puisqu'il y a davantage de ressources sur l'unité. Elle m'explique par exemple qu'il y a maintenant un pharmacien pour analyser la polypharmacie chez la clientèle âgée, ce qui facilite son travail.

Comme à notre première rencontre, elle me parle de la relation qu'elle a avec une personne âgée de sa famille. Lorsqu'elle parle de cette personne, elle discute avec un ton enthousiaste. Elles font des activités régulièrement ensemble. Elle me dit que depuis qu'elle s'est rapprochée de cette personne âgée, cela a influencé l'image qu'elle a des personnes âgées qu'elle soigne à la salle d'urgence. Elle adopte une approche plus rassurante et se rappelle que cette personne âgée a du vécu, une histoire.

Un moment, alors que je suis sur l'unité, je croise Mme Métayer qui discute avec ses collègues. Elle parle de ses patients en utilisant des propos *âgistes*, tels que : « une petite madame » ou « mes petits vieux ». Toutefois, je ressens qu'elle aime soigner les personnes âgées, car tout au long de notre rencontre, elle parle positivement des soins aux personnes âgées et met l'accent sur l'importance d'adapter l'approche pour les soigner.

Mme Parent

Pendant que je discute avec l'assistante infirmière-chef, Mme Parent, curieuse, se met à côté de moi et me demande : « tu es qui toi ? ». Je lui explique que je suis une étudiante à la maîtrise en science infirmière et je viens observer son milieu pour mon étude. Puis, elle me répond « ah oui, j'ai lu ça quelque part... c'est quoi ton étude ? ». L'assistante lui répond : « c'est sur les personnes âgées ». Puis, je lui présente mon projet et tout de suite elle m'interrompt et me répond avec entrain : « ben, je peux participer moi ! J'aime ça moi les personnes âgées et je trouve ça important qu'on s'occupe d'eux ». Nous avons donc convenu d'un rendez-vous pendant sa pause repas.

Vers l'heure de son repas, je vais la rejoindre au poste. Je vois Mme Parent qui semble être débordée. Elle me dit qu'elle tient à participer à mon étude. Elle me dit : « va t'installer et je vais venir te rejoindre dans le local bientôt ». Quelques minutes plus tard, Mme Parent vient me voir dans le local pour me dire : « Je suis trop dans le jus, je ne peux pas me libérer pour mon repas ». Je la rassure en lui disant que je comprends cette situation. Nous avons convenu d'un autre moment pour l'entretien.

Mme Parent est une infirmière très énergique, elle est capable de gérer son travail, peu importe ce qui lui arrive. Que les situations soient faciles ou difficiles, elle garde une attitude positive et est prête à réagir. Toutefois, malgré son comportement dynamique, aujourd'hui, Mme Parent est survoltée par la charge de travail de sa journée. Elle m'explique que la situation est dangereuse. En précisant que c'est important pour mon étude, elle me raconte que les paramédics viennent de coucher une dame âgée sur une civière qui avait une tachycardie à 180 battements par minutes sans surveillance. Elle s'en est aperçue en demandant aux paramédics la raison de consultation. Selon elle, cette patiente n'aurait pas dû se retrouver seule sans surveillance. Son état clinique nécessite un monitoring cardiaque. Toutefois, Mme Parent explique que la faute n'est pas attribuable aux paramédics, mais bien à l'infirmière du triage qui a sous-évalué l'état de la patiente. Tout en reprenant son souffle, Mme Parent explique qu'elle est préoccupée depuis quelques mois. Selon elle, l'équipe d'infirmières a énormément changé et les infirmières, ayant de l'expérience, ont toutes quitté la salle d'urgence pour d'autres postes ou pour la retraite. Mme Parent explique que les raisons de départ de celles-ci sont reliées aux temps supplémentaires récurrents et à l'accroissement de leur charge de travail. Depuis le départ de ces infirmières, ce sont de jeunes infirmières qui ont obtenu les remplacements. Mme Parent explique qu'au moment des départs massifs de ses collègues d'expérience, elle a perdu tous ses repères. Pour elle, le niveau d'expérience ainsi que d'expertise a dégringolé : les soins sont plus dangereux qu'avant et elle se sent plus stressée.

Pendant nos échanges, les réponses de Mme Parent sont décousues. Je sens que Mme Parent est réellement inquiète par la situation de la salle d'urgence. De plus, elle m'avoue que la veille, elle a dû faire un temps supplémentaire afin de combler un manque de personnel infirmier. Selon elle, il n'est pas facile de laisser la prochaine équipe sans ressources sachant que la situation de la salle d'urgence est imprévisible et déjà « bordélique ». Elle indique que les compressions budgétaires font en sorte que les gestionnaires organisent les horaires en planifiant au minimum le nombre d'infirmières requis pour la journée. Étant donné qu'il est difficile de prévoir le nombre de patients arrivant à la salle d'urgence, elle m'explique que dès qu'il y a un peu plus d'achalandage à la salle d'urgence que la normale, chose qui

arrive régulièrement, le ratio infirmière-patients est vite saturé et les infirmières se retrouvent en surcharge de travail. Elle raconte que c'est d'ailleurs pour cette raison qu'elles se font constamment harceler pour faire du travail supplémentaire. Elle mentionne que l'atmosphère est parfois lourde. Compte tenu de cette situation, les infirmières subissent beaucoup de pression pour transférer les patients rapidement aux étages ou encore donner des congés précipités aux patients âgés.

En discutant de ses intérêts à travailler à la salle d'urgence, elle me confirme que malgré ces situations stressantes, elle aime encore y travailler et qu'elle ne se voit pas travailler sur un autre département. Elle dit qu'au fil des années, ses intérêts pour les soins d'urgence ont changé. Au début de sa carrière, elle courrait dans la salle de réanimation pour intervenir auprès de patients en situation critique. La décharge d'adrénaline que provoque le travail dans cette salle lui procurait de la satisfaction. Maintenant, elle dit rechercher plus la stabilité qui lui permet de prendre le temps de discuter avec ses patients et de prodiguer des soins de qualité. Toutefois, en riant, elle me dit que les situations riches en adrénaline l'intéressent toujours, mais que pour elle, ce n'est plus central dans sa pratique. En m'expliquant ce constat, elle soupire et m'informe que la nouvelle génération d'infirmières est bien différente de la sienne.

Elle précise que lorsqu'une infirmière est orientée à la salle d'urgence, elle commence à l'observation. Mme Parent dit que ces jeunes infirmières s'ennuient à cet endroit. Elles souhaitent aller directement à la salle de réanimation. Elles considèrent donc les patients de l'observation comme une clientèle moins lourde et de petits cas. Notamment, Mme Parent raconte que cette nouvelle génération arrive à la salle d'urgence avec une attitude de « je sais tout », ce qui, d'après elle, rend les soins d'urgence prodigués dangereux. Puis, elle se dit insatisfaite du processus d'orientation des nouvelles infirmières de la salle d'urgence. Elle trouve que les jeunes infirmières sont orientées trop rapidement à la salle des soins majeure ainsi qu'au triage. Elle ajoute, sur un ton inquiet, qu'à la vitesse où les infirmières doivent évaluer leurs patients, ces jeunes n'ont pas assez vécu de situations pour faire des liens

permettant d'identifier les patients instables, ce qui nuit à leur jugement clinique. Je constate que Mme Parent se soucie grandement de la qualité des soins prodigués.

Mme Turgeon

Mme Turgeon est infirmière depuis moins de cinq ans. Elle fait beaucoup de temps supplémentaire sur les différents quarts de travail. Malgré ses multiples heures de travail, elle sourit tout le temps et elle offre son aide à ses collègues dès qu'elle peut. Lorsqu'elle travaille durant des journées surchargées, Mme Turgeon reste concentrée et circule sur l'unité avec une démarche déterminée donnant l'impression qu'elle est bien organisée et qu'elle connaît ses priorités.

Un jour, alors que je suis à la salle d'urgence, je constate que Mme Turgeon semble être débordée. Elle est assise à son poste informatique, il y a des documents partout, des dossiers ouverts et elle se tient la tête, comme pour se couper des distractions. Elle m'explique que souvent elle travaille en dyade avec une infirmière auxiliaire. Elle trouve que la présence de celles-ci à l'urgence est discutable. Elle m'explique qu'en général travailler avec une infirmière auxiliaire est plaisant, mais qu'il faut que celle-ci soit habituée d'être à l'urgence. Aujourd'hui, l'infirmière auxiliaire avec qui elle travaille n'est pas habituée, ce qui alourdit sa charge de travail. Elle m'explique qu'elle a l'impression que les infirmières auxiliaires connaissent mieux leurs patients parce qu'elles sont davantage au chevet. Mme Turgeon précise que c'est le meilleur moyen de connaître ses patients. Toutefois, aujourd'hui, Mme Turgeon n'a pas l'impression de connaître ses patients, car elle fait plus de « paperasse », ce qu'elle qualifie de travail inutile et une perte de temps puisqu'elle ne peut pas connaître ses patients à travers leur dossier.

Le jour de ma rencontre avec Mme Turgeon, elle est débordée de demandes. Les médecins lui déposent des dossiers avec de nouvelles prescriptions, des spécialistes l'appellent pour lui demander comment vont leurs patients, des familles la regardent à travers la vitre qui les sépare en espérant que Mme Turgeon lève la tête pour l'interpeller. Je vois Mme Turgeon, tout en parlant au téléphone avec un spécialiste, faire un signe de la main à une famille à

travers de la vitre d'attendre une minute. Elle empile les dossiers par ordre de priorité afin de relever des prescriptions. Mme Turgeon a beaucoup de travail et tente de répondre à toutes ses demandes. Dans ces situations, elle me raconte que c'est important de considérer les personnes âgées et de les soigner avec dignité, mais qu'à l'urgence, il est plus difficile de respecter la dignité. Elle me dit qu'il lui arrive d'être devant un patient âgé ayant besoin d'aller aux toilettes et qu'elle lui répond de sonner pour qu'un préposé aux bénéficiaires vienne l'aider. Elle précise que le préposé ne viendra pas si rapidement, ce qui amène bien souvent le patient âgé à faire ses besoins dans sa culotte d'incontinence, et ce, bien qu'il soit autonome. Mme Turgeon précise que lorsqu'elle soigne une personne âgée, elle trouve que c'est trop long et cela prend du temps de soins qu'elle ne peut donner aux autres patients qui sont souvent dans une situation plus aiguë que celle-ci. Elle ressent de la frustration dans ce genre de situation. Elle est consciente qu'elle n'aide pas la personne âgée à conserver son autonomie, mais la charge de travail est énorme et elle doit prioriser l'état clinique du patient. Elle accuse le système de santé de ne pas donner aux soignants les ressources nécessaires au maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Les troubles cognitifs des personnes âgées sont un autre élément que Mme Turgeon trouve difficile à la salle d'urgence. Elle donne comme exemple que parfois une personne âgée ayant des troubles cognitifs ne comprend pas les soins dont elle a besoin et que trop souvent elle résiste alors aux soins. Elle dit qu'il n'est pas rare qu'elle doive appliquer une contention à ces personnes afin de leur insérer un tube nasogastrique, par exemple. Mme Turgeon s'exclame en me disant : « Où est le respect de la dignité dans ces moments-là ! ».

Mme Rémy

J'arrive sur l'unité et j'aperçois Mme Rémy. Mme Rémy est organisée, elle arrive à son poste de travail et elle inscrit sur un bout de papier les patients qu'elle a, puis l'affiche pour permettre aux autres soignants d'identifier facilement l'infirmière qui est responsable de ces patients. Aujourd'hui, Mme Rémy est en équipe avec une infirmière auxiliaire. Elle lui donne, en début de quart de travail, un bref rapport et lui demande de constamment l'informer de l'état clinique de leurs patients. Je m'approche d'elle et lui demande si elle serait intéressée

à participer à mon étude. Mme Rémy est réticente, elle me regarde et me répond qu'aujourd'hui cela n'est pas possible. Elle m'indique qu'elle est débordée de travail. Puis, après quelque temps à me voir sur l'unité, je sens que Mme Rémy est plus ouverte à la discussion, elle me questionne sur mon projet, elle fait des blagues et prends le temps de répondre à mes questions. D'ailleurs, Mme Rémy dit apprécier soigner les personnes âgées. Je lui offre à nouveau de participer à mon étude et elle accepte, car elle souhaite que ses propos soient peut-être entendus par les hauts dirigeants de l'établissement qui ne saisissent pas la situation actuelle des salles d'urgence.

Avant d'étudier en soins infirmiers, Mme Rémy était persuadée que l'infirmière avait un rôle actif dans l'identification du diagnostic. Dès le début de sa pratique comme infirmière, elle a vite désenchanté en constatant que son rôle se résumait surtout à faire des techniques de soin. Selon Mme Rémy, cette réalité est encore plus frappante sur les unités de médecine et chirurgie. Mme Rémy aime travailler à la salle d'urgence, car elle trouve qu'elle a davantage de chance d'avoir un rôle actif. Elle explique qu'elle a un rôle spécifique qui est de suivre le cheminement clinique de ses patients. Pour Mme Rémy, être une infirmière compétente signifie être capable de faire une bonne évaluation clinique et de faire des hypothèses diagnostiques médicales. Parfois, elle craint que la continuité des soins de ses patients ne soit pas optimale sur les étages. Elle explique que sur les unités aux étages, les infirmières ont encore plus de patients et que de faire une évaluation complète en se posant des questions avec le médecin n'est souvent pas possible.

Mme Rémy souligne qu'à la salle d'urgence, les infirmières ont de l'intérêt à soigner les personnes âgées. Elle explique qu'elle essaie de considérer la personne âgée en lui accordant plus d'attention. Toutefois, selon Mme Rémy, soigner une personne âgée prend du temps et un environnement adapté, contexte que n'offre pas la salle d'urgence. D'ailleurs, Mme Rémy mentionne qu'elle connaît bien le travail en CHSLD . Selon elle, en CHSLD, les infirmières ont le temps d'écouter et d'évaluer tranquillement la personne âgée. Elle affirme que dans ces conditions, il est plus facile de leur prodiguer des soins. Pour elle, les personnes âgées aiment jaser. Puisque les infirmières en CHSLD ont plus de temps pour les écouter, elles

peuvent récupérer toute l'information nécessaire pour bien les soigner. À l'urgence, Mme Rémy précise que les infirmières n'ont pas le temps de faire cela et que souvent elles doivent couper court les discussions avec les personnes âgées. En m'expliquant cette situation, Mme Rémy remarque que de couper la discussion avec les personnes âgées est comme si on les agressait et elle trouve ces situations difficiles.

Mme Charpentier

Lorsque j'arrive sur l'unité, il est difficile de ne pas remarquer Mme Charpentier. Cette infirmière discute avec ses collègues qui se découragent devant la charge de travail et elle leur répond avec un sourire rassurant. En l'observant travailler, j'ai l'impression qu'elle est tout à fait en contrôle malgré l'environnement chaotique. Depuis, l'obtention de son droit de pratique, Mme Rémy me dit qu'elle a toujours pratiqué à la salle d'urgence. Elle dit qu'à la salle d'urgence, les infirmières ne s'ennuient pas. Mme Charpentier définit les infirmières d'urgence comme des « folles ». Elle renchérit sur le fait que pour aimer travailler à la salle d'urgence, il faut avoir, quelque part, un brin de folie. En rigolant, Mme Charpentier admet faire partie de cette catégorie, elle se décrit comme une passionnée des soins d'urgence.

Pour elle, si tu aimes travailler à la salle d'urgence, tu ne peux aimer travailler sur d'autres unités. Elle décrit aimer le travail à la salle d'urgence à cause du rythme de travail rapide, le roulement important de patients et le travail non routinier. Mme Charpentier m'explique que les infirmières ont l'habitude du roulement rapide, c'est rendu la norme. Malgré tout, d'un air tracassé, elle m'explique qu'elle ressent quotidiennement du stress au travail et qu'à long terme, cela lui entraîne de la fatigue physique et mentale. Bien souvent, après ses quarts de travail, elle me dit qu'elle est courbaturée. Dernièrement, Mme Charpentier a vu plusieurs de ces collègues quitter leur poste pour aller au bloc opératoire. Elle précise qu'en général ce sont des infirmières ayant quinze ans d'ancienneté à l'urgence qui ont quitté l'unité. Ces infirmières ne pouvaient plus endurer les conditions stressantes du travail à la salle d'urgence. Elle-même, épuisée, a déjà essayé un poste sur une autre unité. Elle dit que cette expérience de travail était mortelle d'ennui.

En discutant des interactions qu'elle a avec ses patients à la salle d'urgence, Mme Charpentier me confie qu'elle n'a pas envie de suivre les patients pendant un mois. Ce qu'elle aime, c'est de suivre un patient pendant maximum deux jours. En fait, elle explique qu'elle n'a pas d'intérêt à connaître ses patients de A à Z. Mme Charpentier dit qu'à la salle d'urgence il n'est pas nécessaire de connaître globalement le patient. En fait, elle compare son travail à celui d'une investigatrice. Le patient arrive avec des symptômes et elle recherche la cause de ses symptômes. Une fois la cause trouvée, elle n'a plus d'intérêt à soigner le patient. Selon Mme Charpentier, ce manque d'intérêt est relié au manque de défi, c'est-à-dire que dès qu'elle connaît la cause du problème de santé, les soins à prodiguer deviennent routiniers. Elle compare ce type de soins avec les soins prodigués en gériatrie et en périnatalité.

Mme Charpentier rapporte un autre élément qu'elle trouve difficile à la salle d'urgence : soigner des personnes âgées. Cela l'angoisse de vieillir et c'est la perte d'autonomie qui lui fait le plus peur. À cause de la manière dont le système de santé traite les personnes âgées, elle craint de terminer sa vie en CHSLD ou encore de venir consulter à la salle d'urgence pour recevoir des soins. Selon elle, dans le contexte actuel de la salle d'urgence, la cadence de travail et la prise en charge de nombreux patients ne lui permettent pas de prendre le temps avec les personnes âgées. Le ton de la voix de Mme Charpentier change et devient plus bas et elle gesticule beaucoup moins. Elle me dit qu'elle veut prodiguer des soins de qualité aux personnes âgées, mais qu'elle ne peut atteindre ces attentes. Elle se sent coupable de ne pas prodiguer des soins qu'elle souhaiterait offrir. Toutefois, elle confirme que dans les conditions actuelles, il ne lui paraît pas faisable d'arriver à des critères de qualité. Il lui arrive régulièrement de s'excuser auprès de ses patients âgés lorsqu'elle ne peut répondre à leurs besoins. Mme Charpentier croit que ses patients âgés comprennent la situation de la surcharge de travail et cela la console.

Mme Marcoux

Lorsque j'ai rencontré Mme Marcoux, elle m'a décrit la profession infirmière à la salle d'urgence avec beaucoup d'assurance en affirmant que les infirmières sont très compétentes. Cela m'a donné l'impression qu'elle perçoit être l'élite des soins infirmiers. Selon elle, une

infirmière de la salle d'urgence accomplit des tâches générales d'infirmière, comme celles travaillant en gériatrie ou sur une autre unité. Toutefois, elle dit que les infirmières d'urgence ont des compétences plus grandes d'organisation des priorités. Selon Mme Marcoux, être une infirmière d'urgence signifie pouvoir s'adapter facilement à toutes sortes de situations et pouvoir travailler humainement avec un stress constant.

Mme Marcoux m'explique que, contrairement aux soins intensifs, le roulement rapide de patients ne lui permet pas de bien les connaître, ce qui lui génère du stress. Parfois, elle reçoit tellement de patients en même temps, qu'elle n'a pas le temps de les évaluer et que le médecin a déjà donné un congé à l'un d'entre eux. De plus, ce roulement rapide lui donne l'impression de perdre le contrôle. Elle décrit la perte de contrôle par les moments où, en plus des patients à sa charge, elle reçoit deux autres patients en phase aiguë en moins de quinze minutes. Mme Marcoux dit que de recevoir consécutivement et rapidement des patients non évalués lui demande beaucoup d'efforts, car elle doit revoir son organisation de travail afin de traiter les demandes médicales de ces nouveaux patients. C'est dans ces moments qu'elle dit prendre du recul pour évaluer ses priorités de soins. Elle a l'impression de ne pas offrir les soins que les patients méritent. Durant ces périodes de surcharge, Mme Marcoux dit se concentrer sur les tâches qu'elle doit exécuter et non sur le patient. Une fois qu'une tâche est terminée, elle se dirige vers une autre tâche, le tout en fonction du niveau de priorité. Toutefois, Mme Marcoux dit ressentir un malaise à ne pas considérer les patients dans leur entièreté.

Mme Marcoux dit qu'il y a un autre élément qui rend difficiles les soins d'urgence : la complexité des soins des personnes âgées. Elle m'explique que faire une simple analyse d'urine devient complexe. Selon elle, comme la majorité des personnes âgées ne peuvent se mobiliser, cela se termine souvent par un cathétérisme urinaire. De plus, elle trouve que cette clientèle arrive à l'urgence avec un important bagage d'antécédents médicaux. Pour Mme Marcoux, lorsqu'elle reçoit une personne âgée dans sa section, la première chose qu'elle se dit est : « pas encore ». Elle me dit que dès qu'elle voit une personne âgée, elle associe cette personne à plusieurs tâches à exécuter. Elle explique que ce sont des tâches qui requièrent

davantage d'efforts mentaux et physiques. D'ailleurs, durant les rapports interservices, il n'est pas rare que Mme Marcoux entende ses collègues parler des personnes âgées comme étant des tâches de plus à faire. Elle me confie que la première chose qui l'intéresse lorsqu'elle reçoit une personne âgée, c'est de savoir si ce patient est confus et s'il collabore.

La confusion et la non-collaboration sont pour elle des éléments qu'elle associe à une plus grande charge de travail et qui lui génèrent plus de stress, car ses tâches sont plus difficiles à exécuter. Mme Marcoux explique que souvent les patients qui ne collaborent pas lui font perdre patience. Elle dit qu'elle se sent mal de prendre tellement de temps pour gérer leurs comportements et ne pas pouvoir offrir davantage de temps à la clientèle ayant des besoins de santé plus aigus. Elle mentionne être de nature empathique, alors elle dit qu'il est fréquent qu'elle exécute des tâches de préposé aux bénéficiaires, par exemple, aider des personnes âgées confuses à se mobiliser et même parfois, changer une culotte d'incontinence. Selon elle, cela lui permet de mieux connaître son patient âgé confus.

Mme Marcoux m'informe qu'elle pense se réorienter vers une autre profession où elle aurait plus de responsabilités et où elle pourra accroître ses capacités. Elle me raconte qu'elle ne se voit pas être infirmière toute sa vie. Elle a pensé devenir infirmière praticienne spécialisée, mais encore, elle trouve que ce sont des responsabilités de base. Pendant ses études, elle raconte qu'elle valorisait la profession infirmière et qu'elle croyait que cette profession était respectée. Cependant, depuis qu'elle est arrivée sur le marché du travail, elle a eu un choc. Elle perçoit que les autres professionnels sous-estiment sa profession et cela la dérange beaucoup. Bien qu'elle considère la profession comme stimulante, elle veut des responsabilités plus importantes et surtout, avoir du pouvoir dans les prises de décision.

Présentation des thèmes

Cette section présente les thèmes qui ont émergé à l'aide de l'analyse thématique des données de Braun et Clarke (2006) et de la théorie intermédiaire de Schigelone (2003) en réponse aux deux questions de recherche. Deux thèmes ont émergé en lien avec la première

question de recherche sur les significations de soigner des personnes âgées. Deux autres thèmes visent plutôt la deuxième question sur les éléments qui influencent ces significations. Ces quatre thèmes interreliés permettent de comprendre les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant à la salle d'urgence. Ces thèmes sont maintenant présentés.

Afin de démontrer que les résultats sont directement ancrés dans les données et de soutenir leur interprétation, des extraits de verbatim sont présentés lors de la description de ces thèmes. Un code est attribué à chaque extrait de verbatim permettant leur repérage dans les données. Les codes sont composés de deux segments soit :

- l'identification de la participante par son pseudonyme ;
- les numéros des lignes correspondantes à l'extrait du verbatim.

Par exemple, le code « Mme Métayer : 1 à 8 » fait référence au fait que l'extrait proviendrait de l'entretien avec Mme Métayer et aux lignes 1 à 8 du verbatim de cette participante.

Un engagement professionnel ambivalent dans une dynamique de soins avec la personne âgée qui se veut humaniste

Ce premier thème s'intéresse à deux significations qu'attribuent les infirmières travaillant à la salle d'urgence à soigner une personne âgée. Pour ces infirmières, l'engagement professionnel est favorisé par une ouverture envers la personne âgée et par leur implication dans des soins humanistes. Il est modulé par l'importance que les infirmières accordent aux personnes âgées. D'un autre côté, il peut apparaître des réactions émotionnelles chez les infirmières lors d'incohérences entre les soins de qualité qu'elles visent à offrir et l'expérience de soin vécue. Cela se manifeste par une ambivalence dans une dynamique de soins qu'elles aimeraient humaniste. Ces diverses dimensions d'engagement se reflètent dans les deux sous-thèmes qui seront maintenant présentés.

Une approche de soins différente modulée par l'importance accordée aux soins aux personnes âgées

Les participantes sont conscientes de l'importance de prodiguer des soins humanistes à toutes les personnes, mais plus particulièrement, lorsque les soins sont complexes comme cela est souvent le cas auprès des personnes âgées. En outre, l'analyse des données met en relief que l'action de prendre soin s'incarne d'abord dans une approche relationnelle entre l'infirmière et la personne âgée. Toutefois, cette pratique humaniste semble dépendre, entre autres, du niveau d'importance qu'accorde l'infirmière à l'égard de cette clientèle. Lorsque l'infirmière considère la personne âgée comme une personne à part entière traversant une autre étape de la vie, cela module ses attitudes et comportements d'une façon cohérente avec la philosophie de soin humaniste. Elle manifeste alors une approche de soins empathique, respectueuse, compatissante et rassurante auprès de cette clientèle. L'extrait de verbatim suivant appuie cette idée en démontrant que les infirmières ne se limitent pas uniquement à l'exécution de leur soin, mais qu'elles s'investissent dans une approche relationnelle auprès de la personne soignée :

Des fois, ça fait mal. T'sais, juste prendre la main, dire « c'est correct, ça va aller, tout est beau, pis », pis ça, je pense, ça fait une différence à ces, ces gens-là [personnes âgées]. T'sais, des fois, y en n'ont pas beaucoup. T'sais, des fois, y ont eu des enfants, les voient pas ou y en n'ont pas, pis y ont pas ça. Fait que t'sais, si au moins, ce, cette réassurance-là ici, ben je pense ça passe plus faci..., tout passe plus facilement pour eux autres. (Mme Métayer : 46 à 48).

Par moment, les infirmières réalisent qu'elles ne manifestent pas toujours le même niveau d'importance pour les personnes âgées. Ce manque d'intérêt peut se produire lorsqu'elles oublient que les personnes âgées ont une histoire de vie. Dans ces situations, ces infirmières ne considèrent plus la personne âgée comme une personne à part entière, mais

plutôt comme un « objet de soins », ce qui peut influencer leur motivation à adapter leur approche de soins, tel que l'illustre l'extrait suivant :

Intervieweuse : *Pour toi, c'est quoi une personne âgée ?*

Mme Métayer : *Une personne qui a beaucoup de vécu. Ça, on l'oublie des fois. Mais on l'oublie ou des fois, on les prend juste comme une personne âgée, point. T'sais, on oublie que ces gens-là ont un vécu, ont un passé, pis que on peut pas toujours les prendre pour juste un patient. Des fois, juste les prendre d'une autre façon, ça [ça], ça l'aide beaucoup les choses, pis on apprend beaucoup aussi, t'sais. (Mme Métayer : 42)*

En ce sens, ce manque d'intérêt peut teinter les attitudes des infirmières qui, implicitement, deviennent des signes de non-engagement envers les personnes âgées. Parfois, c'est en raison de stéréotypes valorisants peu les personnes âgées que découlent des attitudes âgistes chez les infirmières qui se montrent alors peu engagées auprès de cette clientèle. Couramment observés ou entendus durant l'étude, les infirmières utilisent un vocabulaire âgiste ou infantilisant : « une vieille mamie de 85 ans » (Mme Charpentier : 76), « les petites madames, 87 ans » (Mme Parent : 74), « ah, c'est un petit vieux » (Mme Marcoux : 70). Cependant, ces infirmières ne perçoivent pas ce genre de vocabulaire comme étant âgiste. Au contraire, elles perçoivent que les personnes âgées apprécient cette attitude qu'elles qualifient d'affectueuse de leur part :

Intervieweuse : *Est-ce que ça a un impact sur les soins de l'infantiliser ?*

Mme Turgeon : *Non, je pense pas que les, leurs patients ont cette perception, peut-être pour ou c'est une façon affectueuse. J'ai jamais eu de patient qui n'a pas aimé ça. (Mme Turgeon : 226)*

Par ailleurs, des comportements d'ignorance à l'égard des personnes âgées et de leurs besoins peuvent être, entre autres, influencés par un manque d'intérêt pour la personne âgée ou ses soins. Lors d'une conversation informelle, une CEPI explique qu'elle a choisi de pratiquer

à la salle d'urgence pour ne pas être sur une unité de gériatrie ou de médecine. Bien qu'elle soit consciente de la présence majoritaire des personnes âgées à la salle d'urgence, elle perçoit qu'il y en a moins que sur les autres unités de soins. Pour sa part, Mme Métayer mentionne apprécier davantage travailler sur le quart de soir, car les cas sont plus intéressants que ceux de jour. Elle explique que les cas de soir sont plus critiques que ceux de jour qui concernent souvent des personnes âgées ayant une détresse respiratoire ou des personnes âgées provenant de CHSLD.

Notamment, les infirmières ayant peu d'intérêt pour les soins à la personne âgée semblent dévaloriser les raisons de consultation de cette clientèle. Ces infirmières se représentent leurs raisons de consultation comme mineures pour la salle d'urgence, tel que le démontre l'extrait suivant :

Moi, mon, mon souhait en, comme, pour les personnes âgées, c'est qu'elles soient triées là où elles sont parce que on reçoit beaucoup de personnes âgées ici, et je sais que l'urgence est pas faite pour la personne âgée. Donc, elles vivent le, un calvaire. Je vois ça comme ça. On reçoit beaucoup de, beaucoup de cas qu'on n'a pas grand-chose à traiter ou des fois, on n'a rien à traiter dans beaucoup, beaucoup de cas, beaucoup de cas. (Mme Rémy : 116 à 118).

Également, l'intérêt des infirmières dans la recherche d'un diagnostic, s'inscrivant plus dans l'action de traiter, peut influencer le type de relation de soins que vont établir ces infirmières avec les personnes âgées. En effet, ces infirmières sont satisfaites lorsqu'elles peuvent collaborer au diagnostic et à la prise en charge médicale. Pour y arriver, elles trouvent utile d'établir une relation avec la personne âgée afin de collecter des données, tel qu'illustré dans l'extrait suivant :

[...] Moi, jaser avec mes patients, c'est, c'est quelque chose qui, ça renforce notre relation, il nous dit des affaires qu'on ne sait pas. Et de un, c'est intéressant, mais ça peut aussi aider dans, dans les soins et même dans le

diagnostic médical aussi. Et c'est ça que j'aime beaucoup. Quand on a le temps et que la personne veut collaborer [oui], les soins, c'est, sont tellement les meilleurs [...] (Mme Marcoux : 92).

Par conséquent, les échanges dans le cadre de cette relation entre l'infirmière et la personne âgée visent souvent à identifier les signes et les symptômes de son patient lui permettant de mieux connaître son problème médical. Il en ressort que ce type de relation est importante pour ces infirmières puisque cela leur permet d'agir plus rapidement afin de garder le contrôle sur la situation clinique :

[...] T'sais, relever des dossiers, oui [oui], tu connais le patient, pis toute. Mais des fois, je trouve qu'il faut, c'est pas la meilleure manière de connaître un patient. Y disent « si tu connais le dossier, tu connais le patient », c'est pas vrai du tout. Je suis complètement en désaccord avec cette phrase. En parlant au patient, en l'examinant, pis en jasant, tu vas connaître beaucoup plus de sa maladie, pis sa perception. (Mme Turgeon : 128 à 130).

Bien que pour certaines infirmières, l'engagement dans une relation de soins relève d'un engagement superficiel ayant pour fonction de mieux connaître le problème de santé de la personne âgée, d'autres préfèrent ne même pas s'engager dans une relation. Pour connaître le problème de santé de la personne âgée, ces infirmières ne vont pas chercher l'information directement auprès d'elle, mais elles investiguent en consultant les résultats de laboratoire dans l'optique de connaître la cause de son problème médical :

Pis je dirais, moi, t'sais, ça ne m'intéresse pas de connaître un patient de A à Z. [...] Mais ici, non, j'aime le fait que t'sais, oui, je le connais, mais t'sais, en surface. Pis j'aime le côté, ben on investigue qu'est-ce qu'on fait, nan..., t'sais, le fait que on sait pas encore qu'est-ce qu'il a, on cherche. Fait que là, c'est un remue-ménage ; on essaie ci, on essaie ça. (Mme Charpentier : 12)

Par ailleurs, parfois ces infirmières peuvent s'engager dans une relation afin de rendre leurs soins plus faciles, par exemple avec des personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Dans ces cas, les infirmières peuvent entrer en relation avec ces personnes âgées dans l'optique de leur administrer une médication ou pour les convaincre à passer un examen. Cette relation, souvent superficielle, désamorce parfois des comportements difficiles, comme des refus de soins. Toutefois, cette relation est utilisée dans l'intérêt de l'infirmière et par souci d'efficacité de son travail. Mme Métayer l'explique ainsi :

Juste parler avec la personne, des fois, ça va désamorcer leur stress. Des fois, [ils] sont anxieux, pis y vont mal réagir, ils ne voudront pas être, d'avoir de médi..., tel médicament. [...] Des fois, c'est des gens que, qu'ils ont pas les mêmes termes, pas le même discours que nous, pis on prend pour acquis qu'y parlent comme nous, pis que là, on parle à eux, pis ils comprennent rien, mais ils veulent pas nous le dire, hein, y veulent rien savoir, pis là, ils nous repoussent. Mais si je le prends égal à égal, puis je lui explique pis que je lui parle de n'importe quoi, le lien se fait, c'est plus facile [...] de le traiter, c'est plus facile, il va accepter plus de choses. Si je prends le temps de lui expliquer « ben, t'sais tel examen, c'est pour telle, telle chose », mais il va le faire l'examen. Mais si je dis « tu vas faire ça », pis là, mettons, un scan, pis that's it, on se voit tantôt, il sait pas c'est quoi là. [...] (Mme Métayer : 44).

Toutefois, certaines infirmières adoptent une relation plus centrée sur leur présence auprès des personnes âgées. Ce type de relation procure aux infirmières de la satisfaction dans leur travail. Elles identifient cette présence comme un soin qu'elle qualifie comme étant le meilleur soin qu'elles peuvent prodiguer. Mme Rémy donne un exemple de ce type d'engagement dans une relation de soins :

Intervieweuse : Raconte-moi une situation où que t'as eu l'impression que t'as donné le meilleur soin à une personne âgée [...].

Mme Rémy : *Je sais pas laquelle, mais certaines, bon, y en a, y en a plusieurs, [...] juste en parlant à la personne, puis on reste avec elle plus de temps, plus. On n'a pas besoin de collecter des données, on n'a pas besoin de faire rien du tout, on est là juste pour lui parler, pour [ça c'est]. Ça arrive souvent. [...] C'est ça le meilleur soin à mon avis* (Mme Rémy : 38 à 42)

En somme, la nature de la relation que les infirmières établissent avec les personnes âgées peut être modulée par l'intérêt qu'elles accordent à cette clientèle. Par contre, ces infirmières veulent toutes faire une différence par leurs soins et elles souhaitent donner des soins de qualité. Dans ce contexte, les contraintes organisationnelles ou les confrontations de valeurs peuvent aussi soulever des réactions émotionnelles chez les infirmières et influencer leur engagement professionnel dans une dynamique de soins avec la personne âgée qui se veut humaniste.

État émotionnel en lien avec la difficulté de prodiguer des soins de qualité

L'analyse des données démontre que les infirmières peuvent ressentir diverses émotions en lien avec les soins prodigués à la clientèle âgée. À cause de contraintes ou de l'intérêt qu'elles ont pour les soins à la personne âgée, ces infirmières vivent à certains moments des sentiments de satisfaction, d'insatisfaction, de culpabilité, de frustration et certaines parlent même de perte de sens de leur rôle. L'état émotionnel des infirmières peut être affecté lorsqu'il y a un écart entre les soins de qualité qu'elles souhaiteraient offrir et les soins qu'elles prodiguent aux personnes âgées à la salle d'urgence.

Tout d'abord, ces infirmières sont motivées à soigner lorsqu'elles peuvent faire une différence par leurs soins et lorsque les patients veulent recevoir ces soins. Puis, elles ressentent faire une différence lorsque ces soins sont nécessaires à la personne. Ensuite, ces infirmières perçoivent prodiguer des soins de qualité à la personne lorsque l'état clinique de leur patient évolue rapidement vers la guérison. Comme l'exprime Mme Marcoux dans l'extrait suivant, lorsque les infirmières perçoivent, une fois ces soins prodigués, que l'état

clinique du patient s'est amélioré rapidement vers la guérison, cela leur procure un sentiment de satisfaction :

Mme Marcoux: *Hein, ah moi, j'adore les coliques néphrétiques [ah oui], oui, oui.*

Intervieweuse: *Pourquoi ?*

Mme Marcoux : *Ben sont en grosse douleur, pis souvent, on donne de la morphine IV, pis j'ai, j'ai comme l'impression que j'ai sauvé la vie d'une personne, sérieusement là [oui], pis c'est ça.*

Intervieweuse : *Parce que ça soulage vite.*

Mme Marcoux : *Ça soulage vite, j'ai fait toute une différence en moins de quelques minutes [oui, oui] et c'est, de 1) les coliques néphrétiques, c'est souvent dans les cas, dans les clientèles plus jeunes. Fait que ça, ça vient avec. Je dis pas que j'aime pas les personnes âgées, mais t'sais, ça vient avec une clientèle plus jeune. Ça là, ça... collabore tellement parce que y veut leur analgésie [oui]. Et c'est ça que j'aime. C'est pour ça que j'aime beaucoup les coliques néphrétiques. (Mme Marcoux : 96 à 100)*

À l'instar de l'extrait de verbatim ci-dessus, l'état émotionnel des infirmières à l'égard des soins qu'elles prodiguent à la clientèle âgée est influencé par le résultat de leurs soins quant à l'évolution clinique qui ne tend pas nécessairement vers la guérison. Certaines infirmières parlent ainsi des résultats des soins prodigués à la personne âgée : « *C'est que j'ai comme l'impression qu'il va revenir pour le même problème. Souvent, les personnes âgées [...] ça guérit pas. Ça, ça change pas. On fait quelque chose, on stabilise, mais y revient pour le même problème* ». (Mme Marcoux, 124)

Pour les participantes, les personnes âgées reviennent souvent à la salle d'urgence pour les mêmes problèmes. Ces infirmières perçoivent donc qu'elles ne font pas une différence par leurs soins sur l'état clinique des personnes âgées. De ce fait, elles ne qualifient pas ces soins

comme étant de qualité. Cet état d'esprit qui commence par de l'insatisfaction peut amener une démotivation pour les soins à la personne âgée, tel que le démontre l'extrait suivant :

Intervieweuse : *Pis ça te fait quoi ça quand que tu ne peux pas offrir ça [prendre le temps de le soigner] ?*

Mme Charpentier : *Moi ça, ça me fait mal. C'est ça qui me fait en sorte que je pense vraiment beaucoup à changer de métier parce que j'ai choisi le métier pour soigner le monde. Mais là, on dirait que je fais juste couvrir les petits feux, genre, un petit feu allumé, ah, on l'éteint. Celui-là est allumé, on l'éteint. Je ne soigne plus. Je sais pas qu'est-ce que je fais, mais en tout cas, j'appelle pas ça soigner. (Mme Charpentier : 46)*

Dans le même ordre d'idée, certaines infirmières sont parfois confrontées à un sentiment de culpabilité. Ce sentiment peut être lié à une expérience de soins à une personne âgée où l'infirmière ressent ne pas avoir été à la hauteur de la situation, comme l'exprime Mme Turgeon dans ce qui suit :

Je trouve que je ne l'aide pas le, je n'aide pas le patient. Il est en perte d'autonomie, pis moi, je suis comme une partie de culpabilité pour ça, ben pas moi personnellement, le système [oui] en soi, parce qu'ils disent « il faut maintenir leur autonomie », mais ils ne donnent pas des moyens pour en, faire en sorte de maintenir cette autonomie. C'est long, les gens âgés, c'est long, c'est demandant, c'est long, ils ont besoin de, de soins, pis, oui. (Mme Turgeon : 22).

Aussi, certaines infirmières vivent de la frustration concernant les soins à la personne âgée qu'elles doivent prodiguer en dépit des contraintes organisationnelles qui leur sont imposées et de la constatation que la qualité de ces soins est parfois presque un manque de respect. Ces infirmières déplorent manquer de disponibilité pour les personnes âgées qui

nécessiteraient plus de présence affective pour leur apporter assistance et réconfort. L'extrait suivant illustre l'expérience de Mme Métayer vivant ce type de frustration :

Ben des fois, t'sais les personnes âgées veut juste parler parce que sont craintifs, sont anxieux, y ont peur, t'as pas le temps. Pis ça, c'est fâchant parce que tu te dis, t'sais, tu désamorcerais tellement de choses juste en prenant le temps de s'asseoir trois secondes avec elles, pis par..., ben trois secondes, plus que ça là, mais parler avec cette personne-là, pis dire « regarde, mais t'sais, y va se passer telle, telle, telle chose, pis faut pas s'inquiéter, pis », t'as pas le temps, t'as pas le temps parce que t'en as trois, quatre qui vont pas bien là, t'en as un autre qui s'en va en salle d'op [salle d'opération]. Fait que tu, dans ton ordre de priorité, euh, c'est pas en haut de ta liste là. (Mme Métayer : 150)

En résumé, soigner des personnes âgées pour des infirmières de la salle d'urgence signifie adopter une approche de soins différente qui est modulée par l'importance accordée aux soins aux personnes âgées et par l'état émotionnel en lien avec la difficulté de prodiguer des soins de qualité. Cette signification a une influence quant à l'engagement professionnel de l'infirmière dans une dynamique de soins humaniste avec les personnes âgées.

Soigner une personne âgée à la salle d'urgence : une prise en charge importante, mais complexe et difficile

Ce deuxième thème présente deux significations qui émergent de l'expérience des infirmières à soigner une personne âgée dans le contexte de la salle d'urgence qui représente pour celles-ci une charge importante et complexe. Selon les participantes, soigner une personne âgée va au-delà du traitement, ce sont des soins qui doivent être exécutés rapidement, mais qui sont chronophages. De plus, soigner une personne âgée demande davantage d'efforts aux infirmières. Ces significations seront maintenant présentées.

La prise en charge doit être globale, mais rapide

Comme ce qui a été mentionné précédemment, les infirmières travaillant à la salle d'urgence décrivent que soigner une personne âgée exige une prise en charge qui doit être non seulement globale, mais aussi rapide. Tout d'abord, l'expression « prise en charge » est souvent utilisée par les infirmières pour représenter les soins qu'elles prodiguent à leurs patients, qu'ils soient âgés ou non. Pour les infirmières, cela semble évoquer leur responsabilité d'effectuer tous les soins et traitements liés à la maladie d'une personne, et ce, de son arrivée à son départ de la salle d'urgence. Plusieurs infirmières évaluent leur charge de travail selon les tâches qu'elles doivent exécuter. Afin de respecter les délais imposés par l'organisation, une prise en charge rapide est attendue. Les infirmières agissent donc rapidement pour « prendre en charge » la personne afin de lui prodiguer des soins spécifiques à la raison de consultation, soit des traitements médicaux, afin que celle-ci soit cliniquement stable. Le prochain extrait de verbatim illustre l'expérience de Mme Métayer à prendre en charge rapidement, avant le médecin, une personne âgée pour que celle-ci puisse aller mieux rapidement :

Fait que l'infirmière va voir ça [les symptômes d'un patient], pis c'est beaucoup les yeux et les oreilles du médecin. Fait que, [elle] va dire au médecin « bon, ben le patient présente ça, ça, ça », pis le médecin peut donner quand même des ordres verbaux pour initier des choses, pour que ça aille plus vite pour la personne aussi. T'sais, le patient au moins, y est pas là à attendre. [...] avant d'être traité [...] T'sais, sont plus rapidement pris en charge. T'sais, si c'est quelqu'un, une personne âgée qui est, t'sais dénutrie, qui est déshydratée, ben, on va quand même donner un soluté, on va donner des choses rapidement pour qu'elle aille mieux rapidement. (Mme Métayer: 34).

Ensuite, la trajectoire de la prise en charge à la salle d'urgence est que dès que la personne soignée est guérie, celle-ci obtient son congé médical, la prise en charge se termine et la personne peut retourner à son domicile. Toutefois, les participantes constatent que ce type

de prise en charge peut parfois porter préjudice à la clientèle âgée. En effet, à la suite de leur séjour à la salle d'urgence, la personne âgée peut être déconditionnée et leur prise en charge doit se poursuivre à l'extérieur de la salle d'urgence pour des besoins de soins et de services supplémentaires. Les infirmières remarquent que lorsqu'une personne âgée n'a pas été prise en charge globalement, c'est-à-dire que leur prise en charge se limitait aux traitements spécifiques de sa raison de consultation, cela peut amener des conséquences, par exemple un retour à la salle d'urgence pour la même raison de consultation que la précédente. Le prochain extrait de verbatim illustre le préjudice d'une prise en charge orientée seulement sur la raison médicale chez une personne âgée :

Ben, on n'a pas pris soin jusqu'au bout.. C'est, c'est juste ça. Mais t'sais, c'est pas moi qui a le pouvoir des congés, pis tout ça. J'ai mon mot à dire, mais si le médecin, y dit « regarde, non, c'est beau, y s'en va », t'es comme « bon, ok ». Je peux pas dire « reste ». T'sais, je peux demander au, un autre médecin de l'urgence « regarde, t'sais, tel patient, pas sûre c'est une bonne idée [de lui donner congé] », mais c'est pas tous les médecins qui vont faire « ok, j'veais le réévaluer », t'sais. Y veulent pas toujours contredire leurs confrères et consœurs de travail. Ça, c'est pas facile non plus. [...] [Certains médecins] sont plus prompts à donner des congés. Mais tu le sais que, c'est parce qu'y en a, y est pas prêt, pis y [patient âgé] va revenir, pis y revient [avec le même problème]. (Mme Métayer : 92).

D'autre part, une partie de la prise en charge relève du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée qui devrait prendre la relève au congé de la salle d'urgence. Par contre, les infirmières s'efforcent de commencer la prise en charge des personnes âgées consultant à la salle d'urgence en dépistant des éléments indicateurs d'une perte d'autonomie. Toutefois, à cause de la cadence rapide de travail des infirmières et plus particulièrement, à cause du manque de ressources dédiées à la personne âgée, voire même l'absence de coordination entre l'hôpital et les CLSC, les participantes ont parfois l'impression que personne ne prend la responsabilité de ces personnes âgées. Conséquemment, le nombre

croissant des personnes âgées consultant à la salle d'urgence et le fait de ne pas prendre en charge rapidement la perte d'autonomie a des répercussions sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées. À cet égard, il s'instaure un syndrome de « portes tournantes » : les personnes âgées sont admises à la salle d'urgence pour en ressortir aussitôt, sans avoir reçu les soins et le soutien adéquats pour maintenir leur autonomie. Puis, n'ayant pas soutenu ces personnes âgées pour qu'elles puissent rester dans leur milieu de vie, celles-ci reviennent avec les mêmes problèmes à la salle d'urgence. Au fil du temps, ces personnes âgées qui reviennent souvent à la salle d'urgence ne retournent plus dans leur milieu de vie puisqu'elles ont perdu leur autonomie. Mme Turgeon l'exprime ainsi :

Mme Turgeon : Oui. Je pense que les patients reviennent beaucoup à l'urgence parce qu'ils n'ont pas, ils sont pas bien intégrés. Leurs maisons sont pas adaptées. Ils sont ici pour une chute, mais ça fait 10 fois qu'ils chutent, ça fait 10 fois qu'ils viennent pour le même problème. Ça veut dire que le problème n'était jamais réglé. Oui, ils sont en perte d'autonomie, pis ça fait partie [...]

Intervieweuse : Le problème vient d'où, tu penses [...] qu'y [personne âgées] reviennent toujours à l'urgence ?

Mme Turgeon : Le problème vient de la vitesse. Ils congédient le patient trop vite sans qu'il soit réadapté, évalué d'une manière exacte, pis intégré. C'est, c'est long, une personne âgée qui a chuté, pis elle est en perte d'autonomie, c'est long à la réintégrer. Ben, y font ça trop vite.

Intervieweuse : Ça arrive souvent qu'y donnent des congés trop rapidement aux personnes âgées à l'urgence ?

Mme Turgeon : Oui, oui parce que des fois, ça déborde, qu'ils veulent le vider. Il n'y a pas de place à l'étage, pis vice-versa, ils donnent congé à l'étage pour que le patient, je, je faisais équipe volante avant. Pis j'ai, j'ai, c'est, je pense, ça va trop vite. (Mme Turgeon: 106 – 110)

D'ailleurs, toutes les participantes sont d'accord qu'elles doivent accorder du temps à la prise en charge afin qu'elle soit globale et qu'elle puisse être bénéfique pour la personne

âgée et pour le système de santé. Toutefois, comme mentionnées, les contraintes organisationnelles présentes dans le contexte de la salle d'urgence génèrent un manque de temps pour faire cette prise en charge globale. Elles expliquent, comme illustré dans l'extrait suivant, que prendre le temps de soigner une personne âgée est bénéfique pour le système de santé, car cela peut éviter des complications. Toutefois, le temps nécessaire à une prise en charge globale n'est pas toujours possible à la salle d'urgence :

Parce que prendre le temps de soigner la personne, c'est comme, comme des raccourcis pour aller régler les, les problèmes, puis réduire les temps de séjour. Parce que si on « shippe » [transfère] la personne d'un professionnel à l'autre, on fait notre job, comme on rentre dans les normes. Mais on se rend compte que cette personne-là tombe chez eux, cette personne-là fait une pneumonie d'aspiration parce qu'elle est dysphagique, cette personne-là fait des plaies de pression parce que... Alors tout le temps qu'on prend pour évaluer cette personne-là, c'est un gain d'argent en fin de compte. (Mme Rémy: 60)

D'ailleurs, pour qu'une prise en charge soit globale, les infirmières font des demandes de consultation à plusieurs intervenants. Cependant, des délais entre la demande de consultation et la réalisation de cette dernière peuvent avoir lieu. Ces délais engendrent une diminution de performance quant aux attentes de performance des salles d'urgence. À cet égard, l'assistante infirmière-chef indique qu'elle peut mesurer la performance à l'aide d'indicateurs qui sont : la durée totale du séjour d'une personne à la salle d'urgence et le temps en heures entre l'arrivée de la personne et son évaluation. À cause de ces barèmes de performance imposés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les infirmières ressentent de la pression lorsqu'elles veulent prendre le temps de réaliser une prise en charge globale d'une personne âgée. L'extrait qui suit démontre que les infirmières tentent, autant que possible, de prendre en charge globalement les personnes âgées malgré ces barèmes de performance :

[...] il y en a beaucoup de gens [soignants] qui ont beaucoup d'empathie pis beaucoup de volonté. Pis on, on fait notre possible, mais on est loin d'être op..., optimal. L'urgence, c'est pas adéquat pour les gens âgés, pis est-ce qu'ils [personnes âgées] sont bien traités, non ! (Mme Turgeon : 228).

Des soins complexes et chronophages qui requièrent davantage d'efforts

L'analyse des données indique qu'en général les soins à la personne âgée à la salle d'urgence sont considérés comme complexes, chronophages et requièrent davantage d'efforts que des soins aigus prodigués à de jeunes adultes. Tout d'abord, les participantes indiquent que les personnes âgées se présentant à la salle d'urgence sont en général toutes atteintes d'au moins une maladie chronique, ce qui rend complexe leurs soins. Mme Rémy l'exprime de la façon suivante : « Une personne âgée, c'est une personne qui a, au niveau clinique qui est à, c'est un cas complexe déjà en partant, quoi que beaucoup d'antécédents cardiaque, pulmonaire, confusion, Alzheimer, démence, c'est tout ça, la personne âgée. » (Mme Rémy : 28)

Pour ces infirmières, ce type de situation de santé chez une personne âgée rend difficile et complexe d'exercer leur rôle, tel que l'évaluation de leur état de santé. Comme pour toutes les personnes consultant à la salle d'urgence, les infirmières doivent connaître les raisons de consultation des personnes et évaluer leur état de santé. Toutefois, pour évaluer une personne âgée, la démarche de recherche d'informations requiert plus d'efforts qu'avec un jeune adulte et cela est amplifié lorsque celle-ci est confuse. L'extrait suivant illustre ces efforts supplémentaires :

Intervieweuse : *Est-ce que le soin est plus difficile chez une personne âgée versus un jeune patient ?*

Mme Charpentier : *Des fois, oui. Mais quand elle a toute sa tête, non, c'est beau. Mais des fois, c'est plus difficile parce qu'il faut aller chercher plus*

d'information pour elle. Faut vraiment aller, la pousser pour voir si y a pas autre chose. Parce que des fois, elle peut te dire « j'ai mal ici », pis elle va juste se concentrer sur son mal ici, mais elle se souvient pas qu'elle a tombé hier. Elle se souviendra pas que, ah, elle a eu mal au dos ou ses jambes. Non, c'est ça, il faut vraiment comme y aller et toujours ratisser large avec eux. Parce que des fois, tu vas dire « ah mais oui, hier, j'avais ça, nananan ». Pis ou quand t'es parti, tu reviens « ah, mais je me souviens que », tout le temps, tout le temps. C'est, faut que j'aille voir le médecin, une autre fois parce qu'à chaque fois qu'elle, elle me réajuste un petit détail, mais je suis obligée d'aller voir [oui] un médecin une autre fois parce que je rapporte un petit détail (Mme Charpentier : 78).

Pour d'autres participantes, cette complexité se retrouve plutôt dans l'exécution des soins. Selon le problème de santé de la personne, les infirmières ont l'habitude d'anticiper les demandes médicales et les manifestations cliniques de cette personne soignée. Dans le contexte imprévisible des soins d'urgence, c'est ce qui leur permet de maintenir le contrôle dans leur organisation de travail et d'être disponibles s'il arrive une urgence. Toutefois, parce que les soins de santé des personnes âgées sont complexes, les infirmières ont de la difficulté de prévoir les demandes médicales ainsi que les manifestations cliniques. De plus, la fragilité de cette clientèle les rend imprévisibles cliniquement. Cet aspect ressort clairement dans les propos de Mme Métayer :

Mais une personne âgée, j'ai l'impression sont, c'est ça, comme j'ai dit tantôt, sont plus fragiles à tous les niveaux, t'sais. Je veux pas dire que c'est des personnes vulnérables. Ben, oui, un peu. Mais c'est ça, sont plus fragiles. T'sais, tout, tout peut se débalancer d'un coup-là, tout peut se défaire d'un coup pour eux autres là. (Mme Métayer : 111)

La complexité découlant de l'évaluation de l'état de santé des personnes âgées et de l'exécution de leurs soins fait que les participantes associent à ces soins une signification

d'être chronophages. Elles décrivent les personnes âgées comme étant lentes, ayant plus de demandes et ayant beaucoup de besoins. Les participantes indiquent que ces caractéristiques ont une influence sur le temps qu'elles doivent accorder à soigner une personne âgée. L'extrait suivant reflète cet aspect chronophage :

C'est pas compliqué, c'est juste que ça prend du temps. Une personne âgée, y raconte sa vie, y en parle trop, il tremble parfois, ils sont, ils ont des troubles cognitifs. Des fois, ils ont des surdités. La lenteur, pis c'est long. Ça, ça donc..., des fois, pour amener un patient âgé à la toilette, aller et tout, c'est, c'est facilement une demi-heure. T'sais, à l'urgence, mettons, [...] la toilette est loin, le temps d'y aller, l'attendre, faire l'hygiène intime, revenir. Là, il arrête, il raconte sa vie, il tremble, oup, ça va pas bien, on ralentit. Et le, le manque de temps, c'est une, un facteur de, c'est une complication surtout à l'urgence.
(Mme Turgeon: 24)

Dans le même ordre d'idée, les infirmières affirment que donner un congé à une personne âgée afin qu'elle retourne dans son milieu de vie est complexe. Même si retourner une personne âgée à son domicile est plus facile depuis que la salle d'urgence a intégré une travailleuse sociale ainsi qu'une infirmière de liaison à son équipe, les congés deviennent complexes et aussi consommateurs de temps lorsque ces ressources ne sont pas disponibles. Par exemple, lorsqu'une personne âgée arrive à la salle d'urgence en ambulance de leur domicile, les infirmières constatent qu'elles arrivent seules et souvent sans vêtement. Puis, lorsque vient le moment de la retourner à son domicile, les infirmières ne peuvent pas simplement donner leur congé. Elles doivent vérifier si la personne est apte à retourner à son domicile et si elle peut y retourner seule. Les infirmières constatent que souvent, ces personnes sont isolées ou délaissées par leurs familles. De plus, avec les coupes budgétaires des dernières années, la personne âgée doit payer son propre transport pour retourner à son domicile. Alors, les infirmières doivent aussi trouver la personne qui payera le transport. L'extrait suivant démontre l'aspect chronophage du congé pour une personne âgée :

En congé, habituellement, si c'est ton patient qui vit dans un centre d'accueil, il faut qu'on organise les congés. Parfois, il n'y a pas d'infirmière de liaison, c'est à nous autres. Sinon, si le patient a, il faut sinon appeler sa famille, s'il n'en a pas ou un ami. Des fois, tu trouves pas de famille. Des fois, ils n'ont pas leur manteau, ils sont venus en ambulance. Faut tout organiser tout ça. (Mme Turgeon : 150)

Dans le contexte de la salle d'urgence, la complexité des besoins des personnes âgées et de leurs soins demande aux infirmières de déployer des efforts mentaux et physiques particuliers. Elles attribuent à ces soins une signification d'une charge de travail supplémentaire nécessitant de réaliser plusieurs tâches à la fois. La communication avec les personnes âgées est souvent considérée comme étant laborieuse et la perte d'autonomie de cette clientèle comme alourdissant les soins. D'ailleurs, lorsqu'on leur attribue un patient âgé, l'infirmière s'interroge d'abord sur son niveau de collaboration ainsi que sur ses capacités cognitives. Ces questions ne sont pas banales pour les participantes, car lorsqu'elles ont un patient agité ou confus, elles semblent être d'avance découragées, tel que le démontre l'extrait suivant :

Ben moi, honnêtement là, moi, la première chose qui me vient en tête, c'est « pas encore » honnêtement. C'est, c'est, je sais que si y [personne âgée] vient pour un problème et je sais déjà que, à quoi m'attendre, mais ça au moins, je sais à quoi m'attendre. Mais je sais que ce que j'ai à m'attendre, c'est, c'est beaucoup de tâches à faire. Et des fois, la première chose que, qui m'intéresse du cas, c'est souvent « est-ce qu'y [personne âgée] est confus ou pas confus ? Est-ce qu'il collabore ou pas ? ». (Mme Marcoux : 32)

En effet, les infirmières indiquent que les personnes âgées confuses peuvent parfois être agitées ou refuser des soins. À cet égard, les infirmières doivent, en plus d'exécuter les soins, gérer leurs comportements afin qu'elle accepte les soins requis. Toutefois, malgré les efforts que les infirmières peuvent déployer, il arrive que la personne âgée confuse refuse les

soins. Dans ces situations, les infirmières ont l'impression d'avoir déployé pour rien ces efforts et d'avoir négligé leurs autres patients. Mme Marcoux l'exprime ainsi :

[...] les personnes âgées peuvent ne pas collaborer. Ça fait en sorte que, t'sais, c'est pas que j'aie, je perds patience. C'est que je dois prendre tellement de temps avec ce, ce patient là que j'ai moins de temps pour les autres. Encore là, ça revient avec le temps. Mais t'sais, c'est, c'est un facteur qui est vrai. (Mme Marcoux : 10).

En somme, ce deuxième thème souligne deux significations émergeant de l'expérience de soigner une personne âgée pour des infirmières travaillant à la salle d'urgence. Ces significations concernent une prise en charge qui doit être globale, mais rapide, ainsi que des soins complexes chronophages requérant davantage d'efforts de la part des infirmières. Les prochains thèmes répondent à la deuxième question de recherche sur les éléments qui semblent influencer les significations de soigner une personne âgée dans un contexte culturel d'une salle d'urgence.

La perspective de l'infirmière sur le vieillissement influence son attitude à l'égard des soins aux personnes âgées

Ce troisième thème présente deux éléments qui influencent les significations de soigner des personnes âgées des infirmières dans la culture d'une salle d'urgence. D'une part, l'analyse des données a permis d'identifier des stéréotypes qu'attribuent les infirmières au vieillissement qui semble influencer les relations de soins. D'autre part, elle a aussi fait émerger les écarts entre la représentation idéalisée des soins d'urgence et la réalité de la salle d'urgence, soit de prodiguer des soins majoritairement à une clientèle âgée. Ces deux éléments ont un impact sur la perspective de l'infirmière à l'égard du vieillissement et peuvent influencer son attitude à l'égard des soins aux personnes âgées. Ces sous-thèmes seront maintenant présentés.

Les stéréotypes associés à la personne âgée et au vieillissement influencent la relation de soins

Les infirmières de cette salle d'urgence partagent certains stéréotypes attribués à la personne âgée et au vieillissement. Ces stéréotypes concernent des caractéristiques des personnes âgées en général, leurs besoins et le fait de vieillir. Quelques participantes expriment des stéréotypes positifs tels qu'une personne âgée est « *une personne qui a du vécu [oui], oui, qui a beaucoup plus d'expérience que nous, pis y peuvent beaucoup nous en montrer, pis pas être délaissés.* » (Mme Parent : 44) ou « *une personne qui mérite beaucoup de respect, qui mérite, finit leur, sa vie en dignité, qu'il mérite d'être bien traité [...] beaucoup de sagesse, a beaucoup à nous apprendre.* » (Mme Turgeon : 34). D'autres participantes ont plutôt exprimé des stéréotypes négatifs pour décrire des caractéristiques comportementales, sociales et physiologiques des personnes âgées. À cet égard, les infirmières observées et interviewées regroupent souvent les personnes âgées dans deux catégories. La première catégorie représente les personnes âgées sans troubles cognitifs, qui collaborent aux soins et qui ont des problèmes de santé mineurs et la deuxième catégorie représente les personnes âgées avec des troubles cognitifs, qui sont agitées, refusent des soins et qui sont même désagréables, tel qu'illustré dans l'extrait suivant :

T'as des [personnes âgées], t'en as qui collaborent super bien, pas confus, qui vient pour un problème très bénin. Tandis que d'autres vient pour le même problème, mais confus et qui ne collaborent pas et qui demandent beaucoup plus de, d'efforts vraiment physiques parce qu'ils peuvent être souvent agités, physiquement et verbalement. (Mme Charpentier : 34)

Selon les infirmières, les personnes âgées sont aussi enclines à avoir un comportement anxieux : « *les personnes âgées veulent juste parler parce qu'elles sont craintives, sont anxieuses, y ont peur [...]* » (Mme Métayer : 150). Toutefois, d'autres infirmières remarquent que les personnes âgées sont plus discrètes que les personnes des autres groupes d'âge et qu'elles n'osent pas toujours interpeller l'infirmière pour leurs besoins, ce qui les rend peu

demandantes : « *C'est pas des gens qui vont demander quelque chose, sont pas demandant, y veulent pas déranger, y veulent pas rien faire, pis y osent pas.* » (Mme Métayer : 10).

Par ailleurs, les infirmières indiquent, au niveau social, que les personnes âgées ont leur propre style de communication, c'est-à-dire qu'elles font un récit de leur vie. Quelques participantes l'ont exprimé ainsi : « *Une personne âgée, y raconte sa vie, y en parle trop* » (Mme Turgeon : 24) ou « *la personne âgée, elles ont l'habitude de parler, de jaser de n'importe quoi* » (Mme Rémy : 16). Cependant, pour Mme Parent, les personnes âgées sont socialement délaissées et sont mises de côté : « *y sont souvent délaissées..., pas souvent délaissées, mais souvent mis à part, pis tout le temps des, des choses négatives que j'ai l'impression que les gens ont.* » (Mme Parent : 180).

Parallèlement, c'est au plan physiologique que les infirmières ont des stéréotypes plus négatifs de la personne âgée. Ces derniers portent sur les effets du vieillissement et sur la souffrance des personnes âgées découlant d'une perte d'autonomie. Les infirmières définissent la personne âgée comme étant plus fragile cliniquement comparativement à un jeune adulte. L'extrait suivant l'illustre :

Physiquement, c'est une personne qui a, physiquement, elle change beaucoup. C'est une personne qui démontre des soins très spéciaux. Sa peau, son système en général, sa physiologie change, son anatomie change. C'est une personne qui des fois, sont des gens souffrant qui sont en perte d'autonomie, ils savent qu'ils sont souffrants. C'est, souffrant physiquement, je, émotionnellement, c'est des gens qui ont, qui ont besoin beaucoup d'appuis, supports physique, moral. (Mme Turgeon : 36).

D'autres semblent avoir des stéréotypes influencés par l'image qu'elles ont des personnes âgées consultant à la salle d'urgence. De ce fait, pour certaines, l'idée du vieillissement leur occasionne de l'angoisse. En ce sens, les infirmières décrivent le vieillissement par les pertes vécues par la personne, soit des pertes fonctionnelles ou

cognitives et la mort qui en découle. Toutefois, il semble que la dépendance de certaines personnes âgées génère davantage d'angoisse chez les infirmières. Ces dernières craignent de se retrouver dans la même position que les personnes âgées qu'elles soignent, c'est-à-dire d'avoir plusieurs maladies, de devoir aller régulièrement à l'hôpital, d'être abandonnée par leur famille et donc être laissée à soi-même. Mme Charpentier l'explique ainsi :

Mais c'est pas de vieillir qui fait peur, c'est perdre son autonomie qui fait peur. [...] Ben, je me dis « j'aimerais pas me retrouver dans un CHSLD ou venir à l'urgence ». T'sais, y en a qu'on voit à chaque, quoi, une semaine sur deux, y sont là, eux. (Mme Charpentier : 44).

Dans un autre ordre d'idée, la peur de la mort est un autre élément qui perturbe les infirmières à l'égard des soins aux personnes âgées. En effet, les participantes ont en général peur des soins en fin de vie et craignent de trouver une personne décédée : « *Ça me fait peur de trouver certaine personne des fois, moins, ah [morte].* » (Mme Rémy : 52). Pour certaines participantes, laisser mourir une personne âgée est plus acceptable qu'un jeune adulte. Elles considèrent la qualité de vie avant tout, tel que l'illustre l'extrait suivant :

Ben, c'est plus facile de laisser une personne de 85 ans, mettons, laisser mourir une personne [oui], t'sais de dire « ok, c'est assez » qu'une personne de 30 ans. C'est sûr. Mais je pense que n'importe où c'est comme ça. T'sais, on se dit « bon, ben regarde, là, y a un », ça va surtout avec la qualité de vie. Si la personne, on la réanime, pis elle a zéro qualité de vie, pourquoi, [oui], pourquoi faire ça, t'sais. Ça, je pense qu'on, on est toujours, on est dû un moment donné d'aller voir St-Pierre, en haut, pis t'sais, pis on est la place la plus sollicitée (rires) pour St-Pierre. (Mme Métayer : 127)

Pour ces participantes, les soins palliatifs à la salle d'urgence ont leur place, mais cela ne fait pas l'unanimité. En effet, la culture des soins palliatifs et surtout de fin de vie est paradoxale à celle des soins d'urgence qui est de sauver des vies. Certaines présument que les

soins de fin de vie vont à l'encontre du rôle du médecin de la salle d'urgence. De ce fait, puisque les infirmières travaillent étroitement avec les médecins, celles-ci supposent que ce type de soins va au-delà de leur rôle. L'extrait suivant illustre ce constat :

Un médecin, son rôle, c'est pas de laisser mourir un patient, c'est de sauver [...] Pis nous, on les suit là-dedans, ça fait partie. T'sais, l'infirmière suit le médecin si on veut (rires). C'est un peu bizarre à dire là, mais c'est ça. Fait que c'est la crainte de laisser aller. Sont là, on est là pour, t'sais, l'urgence, on est là pour sauver du monde-là. Mais des fois, c'est pas toujours possible. Pis je pense, c'est la peur de ça. On a des médecins qui sont ouverts pis qui sont bons là-dedans, pis y en a d'autres, moins. (Mme Métayer : 140 à 144)

De plus, il semble que les rapports sociaux qu'ont les infirmières avec des personnes âgées influenceraient leurs stéréotypes quant au vieillissement. En effet, les infirmières ayant seulement eu des contacts avec des personnes âgées malades se construisent une image plus négative sur le vieillissement. D'ailleurs, l'image que ces personnes âgées renvoient aux infirmières semble renforcer leurs stéréotypes associés au vieillissement en générant des sentiments de peur et de crainte de leur propre vieillissement. En outre, ces infirmières expriment que le processus du vieillissement est un processus inévitable et fatal : « *[Vieillir] c'est être plus proche de la mort. [...]. Mais de vieillir, c'est vraiment de voir ta vie changer [...] C'est, vieillir, pour moi, c'est vraiment perte d'autonomie ou perte de santé physique, pis morte, mort.* » (Mme Turgeon : 50)

D'autre part, lorsque ces infirmières entrent en relation de soins avec une personne âgée qui est encore active et indépendante, celles-ci semblent être étonnées de constater cette possibilité. D'un côté, elles ont comme référence le portrait de personnes âgées malades venant à la salle d'urgence, étant vêtues d'une jaquette, décoiffées et sans prothèse dentaire. De l'autre côté, elles rencontrent une personne âgée aux antipodes de ce portrait, soit celle d'une personne âgée considérée en santé et ayant une tenue soignée. Le fait d'être confronté à

ces deux portraits les amène à une prise de conscience pouvant déconstruire leurs stéréotypes sur le vieillissement. L'extrait suivant le démontre :

Ah mon dieu, d'avoir des bobos tout partout. (Pause) Non, ben, vieillir, c'est sûr qu'ici, on en voit tellement. Pour moi, vieillir, c'est la maladie là. On va avoir des bobos tout partout, on va finir dans un lit, pis on sera plus capable de se laver. Mais au même titre que ceux qui sont en bonne santé, on les voit pas, c'est niaiseux. J'ai eu un patient de 80, quel âge qui avait ? 95 si c'est pas plus, autonome-là, j'ai jamais vu ça [ah oui]. J'y ai demandé, j'ai dit « donnez-moi votre truc », si c'est pas 99 ans. Je te le dis là, y était plus vieux que 95. Y était top shape, top shape, y habitait encore chez eux, examen de routine. Le doc lui a trouvé un, un bloc de branche, pauvre monsieur. [...]. En haut de 95 [oui] là. Mais toute bien mis, oui. Personne âgée, ben justement, si on, si on voit pas ces personnes-là, perte d'autonomie ou nanan. (Mme Parent : 62 à 68).

En outre, pour des infirmières ayant une personne âgée significative dans leur entourage, cela semble influencer leurs stéréotypes à l'égard des personnes âgées. En effet, les rapports sociaux affectifs semblent modifier l'image qu'elles ont des personnes âgées et les amènent à leur manifester plus d'importance et d'attention. C'est ce que Mme Parent illustre dans l'extrait suivant :

Intervieweuse : [...] pour toi, c'est quoi une personne âgée ?

Mme Parent : *ben une personne, une personne âgée, 80, t'sais, une personne qui est, qui est quand même assez âgée dans son âge, peut être autonome qu'a peut être, pis je trouve ça tellement beau, mais t'sais, moi, mes parents sont très vieux, fait que [...]*

Intervieweuse : *Quand tu vois une personne âgée, ta connaissance de ton père, en faite, qu'est-ce qui change ?*

Mme Parent : *oui, oui, je suis plus, je suis plus attachée, j'vas porter plus d'attention, oui. (Mme Parent: 44 à 192).*

Des écarts entre la représentation idéalisée des soins d'urgence et la réalité de la salle d'urgence

L'analyse des données révèle que les infirmières ont des représentations idéalisées des soins d'urgence qui ne correspondent pas à la réalité. Ces écarts de représentation peuvent influencer les perspectives des infirmières à l'égard des personnes âgées qu'elles soignent. Premièrement, les participantes ont affirmé avoir fait le choix de pratiquer à titre d'infirmière à la salle d'urgence pour prodiguer des soins de haute intensité générant des poussées d'adrénaline. Elles affirment que ce qui les intéressaient était de soigner des personnes en danger de mort. De plus, la majorité des participantes a choisi ce milieu de soins pour éviter d'avoir à soigner une clientèle gériatrique, tel qu'illustré dans l'extrait suivant : « *Côté pa..., euh, patient, j'étais vraiment contente [de venir pratiquer à la salle d'urgence] parce que je voyais du monde jeune [...]* » (Mme Marcoux : 120). Toutefois, dès le début de leur pratique, elles ont constaté l'abondance des personnes âgées qui consultent à la salle d'urgence : « *Moi, je croyais que ça va être, mon dieu, dans la cinquantaine, ça va. Mais je m'attendais pas du tout à ce qu'y ait autant de personnes âgées.* » (Mme Charpentier : 102). De ce fait, leurs idées préconçues sur les soins d'urgence ont été mises à l'épreuve et leur ont demandé de s'adapter rapidement à cette réalité. En fait, comme l'explique Mme Turgeon dans l'extrait ci-dessous, ce choc semble générer des réactions, telles qu'un désintéressement à l'égard des personnes âgées ou le fait de qualifier leurs soins comme étant inintéressants :

Mais c'est justement pas la clientèle qu'ils désirent. Les jeunes infirmières cherchent l'adrénaline, la salle à code [...], comme le traumatisme, hémorragie, pis c'est pas notre clientèle. Ici, c'est vraiment une urgence carrément liée, une urgence gériatrique, disons [oui], beaucoup de cas de gens âgés : DEG [détérioration de l'état général], perte d'autonomie, pis. Mais écoute, y en a plein : chutes à répétition [oui] ; fracture de la hanche ; confusion ; infection urinaire ; écoute, délirium, on a plein pour être nom..... Pis c'est pas la clientèle que ces gens-là cherchent comme « ah, sont fatigants », « ah, mais c'est un cas plate ». Des fois, y te donnent, vient de

triage « ah, c'est juste une petite madame, t'sais, DEG ». (Mme Turgeon : 242 à 254).

En somme, les résultats liés à ce thème soulignent deux éléments qui influencent la perspective de l'infirmière à l'égard du vieillissement et pouvant influencer l'attitude de cette infirmière à l'égard des soins aux personnes âgées. Ces éléments semblent agir sur l'ambivalence dans l'engagement professionnel de ces infirmières auprès des personnes âgées. Le dernier thème met en lumière d'autres éléments pouvant influencer les significations de soigner des personnes âgées des infirmières dans la culture d'une salle d'urgence.

Des soins au rythme d'une cadence de travail modulée par l'organisation

Différents éléments organisationnels peuvent moduler la cadence de travail des infirmières travaillant dans une salle d'urgence et ainsi influencer les significations de soigner des personnes âgées. À travers les témoignages des participantes et de l'observation du milieu ressortent des contraintes organisationnelles limitant l'infirmière dans son rôle de prendre soin ainsi que d'un rythme de travail qui est dépendant des facteurs organisationnels. Ces éléments seront maintenant exposés.

Des contraintes organisationnelles limitant l'infirmière dans son rôle de prendre soin

Plusieurs contraintes organisationnelles influencent les infirmières dans l'exercice de leur profession auprès des personnes âgées. Ce n'est pas seulement l'importance qu'accordent les infirmières à soigner des personnes âgées qui les limitent dans leur engagement professionnel, mais également le contexte organisationnel de la salle d'urgence. Parmi les contraintes organisationnelles, les infirmières soulèvent le manque de ressources, le travail en dyade, la surcharge de travail et le manque de formation sur les soins à offrir à une clientèle ayant des troubles cognitifs à la salle d'urgence.

Les participantes ont soulevé que, depuis quelques années, plusieurs moyens ont été mis en place afin d'améliorer la « prise en charge » ainsi que la qualité et la sécurité des soins prodigués aux personnes âgées à la salle d'urgence, telle que la présence d'une équipe de réadaptation, d'une infirmière de liaison et d'une travailleuse sociale. Cependant, ces ressources sont disponibles seulement de jour. Alors, pour les infirmières travaillant sur les quarts de travail de soir et de nuit, l'organisation des soins des personnes âgées devient complexe et difficile, en plus d'avoir un impact sur leur rythme de travail, tel qu'illustré dans l'extrait suivant :

T'sais, c'est sûr que bon, c'est toujours du 8 à 4 [oui]. Après, c'est des messages sur le répondeur, des notes laissées, des choses comme ça. C'est sûr que des fois, t'sais, surtout. Là, c'est, de jour, c'est facile, tout est accessible. Mais le soir ou la nuit, c'est pas facile d'organiser des choses pour eux. Pis t'sais, les gens âgés arrivent pas entre 8 à 4 là. Y arrivent des fois la nuit, ça dort pas non plus beaucoup. Fait qu'y arrivent tôt le matin ou y arrivent tard le soir. Fait que t'sais, des fois, c'est pas facile d'initier quelque chose. Fait que là, t'sais, des fois, tu veux faire plus mais tu peux pas parce que y a rien qui, t'sais de, d'ouvert pour faire ça. Tu fais qu'est-ce que t'as, pis tu le sais que le lendemain, ben c'est, c'est pris en charge pareil. (Mme Métayer : 70).

Ensuite, selon les participantes, le manque d'équipement de soins affecterait la qualité des soins prodigués aux personnes âgées. Comme exprime Mme Charpentier dans l'extrait de verbatim suivant, l'équipement mis à leur disposition est souvent manquant ou n'est pas de qualité, ce qui a des impacts sur l'efficacité dans l'exécution de leurs soins : « *Mais si tu nous achètes du matériel qui sont de "cheap" qualité, pis tu me demandes d'aller vite, mais tu me donnes pas les équipements qu'il faut, ça marche pas* » (Mme Charpentier : 28). D'autre part, l'ensemble des infirmières interviewées a stipulé que les personnes âgées nécessitaient un environnement répondant adéquatement à leurs besoins. En effet, ces participantes ont expliqué que le déclin fonctionnel des personnes âgées requière, entre autres, des outils et des protocoles adaptés à cette clientèle ainsi d'une adaptation physique de l'environnement. Les

participantes remarquent que certains outils d'évaluation clinique des personnes consultants à la salle d'urgence, comme l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), ne sont pas adaptés pour la clientèle gériatrique. Elles indiquent que cet outil ne leur permet pas d'évaluer adéquatement cette clientèle et cela peut affecter la sécurité ainsi que la qualité de leurs soins, tel que l'illustre l'extrait suivant : « *Ça, c'est un autre, c'est une autre affaire. Parce que je pense, le, l'échelle de triage et de gravité là, c'est comme, elle fait pas une différence entre une personne âgée [et] une personne jeune.* » (Mme Rémy : 74).

Toutefois, la contrainte qui a été le plus souvent soulevée par les participantes et les autres membres de l'équipe de soins est le manque de ressources humaines. Avec les coupes budgétaires, le nombre de soignants présents sur l'unité est continuellement au minimum sur tous les quarts de travail. Donc, lorsque le roulement de patients est rapide, les infirmières ont vite atteint leur ratio de patients. Les infirmières indiquent que ce genre d'organisation des ressources humaines augmente la charge de travail des infirmières et qu'elle a des répercussions sur la qualité et la sécurité des soins prodigués. D'ailleurs, dans les situations de surcharge, l'expérience de soigner une personne âgée pour ces participantes semble ne pas être satisfaisante. Elles doivent aller à l'essentiel dans leurs soins. La charge de travail et la rapidité d'exécution laissent peu de place à la recherche de solutions adaptées à cette clientèle. Mme Parent donne un exemple concret de ce type de situations : « [Il a] fallu la contentionner. Ben elle [personne âgée] voulait juste marcher. Y avait pas de service privé et tout, fait qu'y a fallu la mettre dans un fauteuil gériatrique pis avec [une contention]. » (Mme Parent : 126).

D'autre part, la surcharge de travail peut aussi être influencée par les attentes de rendement ministériel pour les salles d'urgence. Bien qu'elles soient conscientes qu'elles doivent accorder davantage de temps aux soins des personnes âgées afin de répondre adéquatement à leurs besoins, ces professionnels de la santé vivent un paradoxe en ayant aussi à répondre aux impératifs de performance. Ce paradoxe est associé par les participantes à une sensation de perte de contrôle qui suscite du stress chez ces infirmières qui doivent jongler constamment avec leurs priorités de soins. Elles mentionnent qu'elles en viennent à négliger l'approche de soins adaptée à la personne âgée. Cette surcharge de travail semble avoir une

influence sur l'attitude de ces infirmières pendant leurs soins. En effet, le fait qu'elles doivent soigner rapidement leurs patients, elles ne peuvent prendre le temps de connaître la personne soignée et ainsi, moduler leur approche. C'est d'ailleurs dans les situations de surcharge où les infirmières ont un discours plus direct et une approche plus froide. Mme Rémy met en lumière ce sentiment de perte de contrôle :

Mais c'est déjà, c'est déjà tout ce qu'on nous a posé com..., imposé comme des barèmes, comme des, faut rentrer dans les temps, il faut. Déjà la charge de travail là : aujourd'hui, j'ai commencé avec une section quasi pleine, 9 patients sur 10 avec plein de choses à revoir, à donner des congés, des transferts. On est obligé d'aller direct au but puis donner des réponses comme ça, directes, claires, froides, franches, puis on passe à autre chose. (Mme Rémy : 14).

En outre, afin de pallier le manque de ressources humaines infirmières, l'organisation a, entre autres, fait des changements dans l'effectif du personnel soignant et dans les ratios patients. Comme décrit dans la description de la culture de la salle d'urgence plus haut, elle a introduit le travail avec des infirmières auxiliaires à la salle d'urgence et ainsi créé des dyades. Pour certaines infirmières, travailler en dyade est une expérience plutôt positive. En effet, ces dyades permettent aux infirmières de répartir les soins selon le champ d'expertise et de dégager plus de temps pour la présence à la personne âgée et leurs familles. L'extrait suivant illustre ce fait :

Ça aide beaucoup être avec un auxiliaire ou une auxiliaire dans un sens où on partage la tâche. Puis si jamais moi, je veux voir une personne et un patient d'un autre patient, j'aurai le temps de le faire. Parce que, puis l'auxiliaire, on le sait, a le temps de prendre la pression tranquillement, de donner les pilules, de les écraser des fois. Alors quand lui, y fait ça, moi je fais des prises de sang. Quand lui, y fait des prises de sang, moi je fais des évaluations. On partage la tâche, ça aide beaucoup [oui], oui, beaucoup, beaucoup. (Mme Rémy : 86 à 88).

Conséquemment, le fait d'accorder davantage de temps à la personne âgée plutôt que consacrer leur énergie à des techniques de soins permet parfois aux participantes d'avoir l'impression d'agir pleinement dans leur rôle d'infirmière. De plus, comme Mme Rémy l'exprime dans l'extrait qui suit, les infirmières semblent retrouver une satisfaction à travers des soins qu'elles considèrent de qualité :

Pour les familles, on a plus de temps de leur répondre. Parce que quand je suis, style, j'ai 7 patients, j'ai les dossiers, j'ai les évaluations, j'ai les familles, j'ai les médecins, j'ai la pharmacie qui m'appelle, j'ai les pilules à donner, des fois, écraser, compote, ça prend du temps. J'ai l'impression, des fois, on n'arrive pas à la prendre pour une raison ou une autre. J'ai les risques de chutes. Toute ça, je gère tout seule. Alors, dans tout ça, il faut que je rentre dans les normes. On, on coupe quelque part. Alors, on coupe dans l'écoute, on coupe dans, malheureusement. (Mme Rémy : 92).

Par contre, pour certaines infirmières, travailler en dyade est une expérience plus négative. En effet, elles perçoivent qu'elles n'exercent pas pleinement leur rôle. Lorsque ces participantes se retrouvent en dyade avec une infirmière auxiliaire, l'équipe peut recevoir jusqu'à douze patients et ces infirmières doivent prendre le temps de planifier leur organisation de travail. Elles doivent déléguer des tâches, dont les techniques, telles que des prélèvements sanguins. Donc, elles se retrouvent davantage au poste pour effectuer des tâches administratives. Dans ce contexte, elles se sentent limitées dans l'engagement d'une relation de soins et elles consacrent moins de temps à l'évaluation clinique de leurs patients qui présentent des besoins de plus en plus complexes. Mme Métayer l'exprime ainsi :

Des fois quand qu'on a 10 patients avec une auxiliaire, on, en tant qu'infirmière, l'auxiliaire, t'sais, c'est une autre charge de travail, [la charge] est différente. On travaille en équipe pareil là, mais j'ai pas l'impression que j'ai le temps d'aller voir mes patients, pis d'aller parler avec eux autres. T'sais, de les évaluer, pis de parler avec eux autres, t'sais. Une évaluation va aussi en

parlant, pis de savoir qu'est-ce qui se passe, t'sais. Y vont répondre à toutes tes questions en parlant, pis tu vas évaluer ton patient, ça va prendre (claquement de doigts), t'sais, c'est pas long là. Mais j'ai pas le temps de faire ça. (Mme Métayer : 170)

Enfin, la majorité des participantes perçoivent posséder des connaissances ainsi que les compétences nécessaires pour soigner une personne âgée à la salle d'urgence : « *Bien, à l'aise [de soigner des personnes âgées], confortable, je sais pas, je les aime les personnes âgées* » (Mme Charpentier : 86), « *soigner [une personne âgée], c'est souvent les mêmes cas, on sait à quoi s'attendre* » (conversation informelle) et « *c'est toujours facile en tant que tel, t'sais de personne à personne de s'occuper d'une personne âgée, on s'entend* » (Mme Métayer : 10). Sur les six participantes, quatre indiquent avoir reçu une seule formation visant la clientèle gériatrique à la salle d'urgence, dont l'approche adaptée à la personne âgée (n=3) ainsi que *PAIN FREE*, une formation pour la gestion de la douleur des personnes âgées (n=1). Certaines participantes expriment un besoin de formation pour soigner cette clientèle, entre autres, pour assurer des soins de qualité aux personnes ayant des troubles cognitifs. En effet, ces infirmières indiquent que leurs connaissances quant aux soins à la personne âgée remontent à leur formation initiale et que l'enseignement reçu n'était pas en lien avec la clientèle gériatrique consultant à la salle d'urgence. Ce manque de connaissances semble influencer l'approche de soins qu'adoptent certaines infirmières à l'égard des personnes âgées. Elles constatent que les infirmières de la salle d'urgence ne respectent pas assez ces personnes. Elles perçoivent qu'avec des formations abordant ce sujet dans un contexte de salle d'urgence, les professionnels seraient sensibilisés et davantage en mesure d'agir adéquatement avec les personnes âgées :

Hum, d'autres facteurs, moi, à mon avis, la formation qu'on a eue au cégep, c'est une formation de base. C'est sûr qu'on a eu, un moment donné, une formation un peu plus accentuée sur la personne âgée. Mais j'ai jamais eu de formation sur les, l'urgence comme ça pour des personnes âgées. Alors, on traite un peu tout le monde pareil. Comme j'ai abordé tout à l'heure, y a une,

[soigner avec] une petite case comme un, un peu plus de temps, un peu plus de délicatesse, un peu plus de, pour la personne âgée. Mais je ne pense pas que ça existe un cours sur comment soigner les personnes âgées à l'urgence [...].

(Mme Remy : 22).

Un rythme de travail dépendant de facteurs organisationnels

Parmi les éléments organisationnels influençant les soins aux personnes âgées à la salle d'urgence, ceux liés aux rythmes de travail ont particulièrement été soulevés par les participantes. Plusieurs d'entre elles ont exprimé que leur rythme de travail dans les soins était dépendant du rythme de leurs collègues. Par exemple, ces infirmières ressentent que leur rythme de travail est dépendant de celui de l'infirmière auxiliaire lorsqu'elles sont en dyade. Lorsque ces participantes travaillent avec des infirmières auxiliaires expérimentées à la salle d'urgence, la collaboration semble être plus facile et ainsi, la prise en charge des patients est efficace. Par contre, dans les situations où l'infirmière auxiliaire a peu d'expérience à la salle d'urgence, sa partenaire de travail, l'infirmière, se retrouve vite en surcharge de travail à cause du rythme différent de sa collègue :

Y en a qui sont bonnes, qui devraient être « nurse » parce que sont, sont rapides, sont consciencieux, pis tout ça. Mais, (pause) c'est de leur, des fois, leur dire quoi faire, t'as plus de patients, y en a qui délèguent beaucoup, mais c'est un travail d'équipe. Mais on dirait que faut toujours leur prendre par la main, les, les amener à faire quelque chose ou à réfléchir ou « non, va pas », t'sais, hum. (Mme Parent : 154).

D'un autre côté, le rythme de travail des infirmières est aussi dépendant du rythme de travail des médecins. Certains médecins travaillent à un rythme rapide afin d'évaluer le plus de personnes possible consultant à la salle d'urgence. Cette rapidité a pour objectif de diminuer le temps d'attente à la salle d'urgence. Par contre, elle a aussi comme impact

d'augmenter la cadence de travail des infirmières qui doivent prodiguer des soins au même rythme que celui-ci afin d'éviter de perdre le contrôle de la situation. Inversement, certains médecins travaillent à un rythme plus lent, donc il y a moins de personnes qui sont évaluées par le médecin, ce qui diminue, entre autres, le rendement de l'urgence. Bien que les infirmières puissent anticiper les demandes du médecin par des ordonnances collectives, dans ces situations d'attente, il semble s'installer un sentiment d'impuissance de la part des infirmières qui découle en une augmentation du niveau de stress et parfois par de l'agressivité chez les patients qui attendent. L'extrait suivant illustre cette idée :

Nous, on peut rien faire. On n'a pas de pouvoir là-dessus nous autres. On est comme, « le médecin veut pas vous voir, ben sorry ». Ou vous dites « ça va attendre à demain ». Ou, t'sais, c'est comme un moment donné, t'es comme « ah ben, je peux rien faire ». C'est surtout ce sentiment-là d'impuissance-là qui est comme, ah, ça fesse, ça fesse. Se rendre compte qu'un moment donné, ah ben, on nous met un plafond de verre, pis tu peux pas, t'as beau essayé, t'est comme « ah, je peux pas ». (Mme Charpentier : 68).

Ensuite, l'intensité du rythme de travail des infirmières, imposé par l'organisation, semble affecter l'approche de soins ainsi que la qualité des soins prodigués à l'égard des personnes âgées. D'emblée, les participantes utilisent les formulations suivantes pour décrire l'intensité du rythme de travail : « *faut faire vite, y faut* » (Mme Rémy : 22) ou « *Tout va vite. T'sais, des fois, c'est, ça va en longueur. Oui, ça arrive, mais c'est rare, mais tout va vite. Tout peut changer vite.* » (Mme Métayer: 166). Bien que l'intensité du travail des infirmières de la salle d'urgence semble soutenue, le quart de travail de jour et de soir sont ceux où les infirmières remarquent que l'intensité est la plus élevée. Quant au quart de travail de nuit, les participantes décrivent l'intensité du rythme comme étant moins rapide. Ainsi, les infirmières de ce quart de travail semblent avoir davantage de temps pour prodiguer des soins de qualité en accordant plus d'importance aux personnes âgées, tel que le démontre l'extrait suivant : « *Pis tu vas voir que de nuit, ça va être différent. Y [personnes âgées] vont être traitées plus*

aux petits oignons, couchées, pis ci, pis ça, pis c'est sûr, y a juste un médecin » (Mme Parent : 32).

D'autre part, les participantes remarquent que l'intensité du rythme de travail a une influence sur le niveau d'importance qu'elles accordent à la personne âgée. Lorsque l'intensité de travail est élevée, les infirmières semblent ne pas considérer les personnes âgées avec leurs particularités, ce qui semble influencer l'infirmière à ne pas adapter son approche de soins, telle que le démontre le prochain extrait : *«Non, mais je trouve ça plate, mais dans le fond, c'est ça parce que elle va être [considérée] comme une autre personne qui a 30 ans ou 8 ans. »* (Mme Parent : 22 à 28).

Dans les moments où le rythme de travail est calme, les participantes ont le sentiment de prodiguer de meilleurs soins aux personnes âgées, ce qui leur procure de la satisfaction au travail. Or, il a été observé, lors des rares périodes de faible intensité du rythme du travail, que certaines infirmières ne semblaient pas avoir d'intérêt à prendre du temps avec des personnes âgées. Ces moments d'accalmie ont été décrits par les infirmières comme étant nécessaires pour se « recharger » et se consacrer aux tâches administratives, comme relever les dossiers. Lorsqu'il y a un répit après plusieurs jours de rythme intense, ces participantes ressentent un soulagement et affirment qu'elles en avaient besoin afin de retrouver le contrôle de la situation : *« on a un petit break »* (Mme Charpentier : 112). Toutefois, elles ne souhaitent pas que cette cadence plus lente dure trop longtemps. En effet, dès que le rythme de travail devient trop calme, qu'elles ont repris le contrôle de la situation et que leurs patients sont cliniquement stables, elles semblent s'ennuyer et trouver leur travail monotone. Elles considèrent qu'elles ne font pas une différence pour leurs patients puisque ces derniers n'évoluent plus cliniquement, comme l'explique Mme Marcoux :

Quand tu fais plusieurs nuits d'affilée, une nuit tranquille, t'en as besoin. Ça te soulage. Tu te sens plus dans le contrôle. Tu te sens bien, mais des fois, tu, je m'ennuie. Et j'aimerais ça. Des fois, on est deux ou trois infirmières. Moi, je prends l'admission de l'autre juste pour faire quelque chose parce que je

m'ennuie tellement ; tous mes patients sont stables et, fait que c'est ça, je cherche du travail rendu là. (Mme Marcoux : 84).

En plus d'être dépendantes du rythme de travail de leurs collègues, de l'intensité du rythme variant selon le quart de travail, le rythme de travail est aussi dépendant du roulement des patients consultant à la salle d'urgence. Lorsqu'il y a un flux important de personnes consultant à la salle d'urgence, l'équipe soignante est soumise à un rythme de travail élevé afin de répondre aux attentes de rendement de l'organisation. Afin de diminuer le temps d'attente sur civière, ce qui permet de prouver au ministère que la salle d'urgence est performante, les infirmières doivent transférer en 30 minutes tous les patients qui ont un lit attribué à l'étage. Ce que les infirmières trouvent le plus difficile de cette pratique, c'est lorsqu'elles doivent transférer leurs patients sans qu'elles aient eu le temps d'effectuer toutes les demandes de soins immédiats ou comme elles le décrivent « faire les stats ». Souvent on peut entendre, avec un ton ironique, les infirmières commenter cette pratique en disant : « *c'est ce qu'on appelle la continuité des soins* » (conversation informelle). Cette nouvelle pratique ne permet pas aux infirmières de faire un rapport verbal à l'infirmière de l'étage. Toutefois, par souci de sécurité des soins, certaines transmettaient le rapport par téléphone. D'ailleurs, elles ressentent de la frustration par rapport au fait d'imposer aux personnes âgées ce rythme. Ce malaise découle du fait que l'organisation ne considère pas les besoins des personnes âgées lorsque le rythme s'intensifie ou lorsque des décisions administratives pour augmenter le rendement sont prises. Les infirmières stipulent qu'elles auraient apprécié être consultées avant que cette nouvelle pratique soit implantée. Bien souvent, elles se sentent exclues dans la mise en place de nouveaux projets d'organisation dans l'établissement, tel qu'illustre l'extrait suivant :

Genre, j'avais une patiente [personne âgée] à l'urgence, puis comme, ben quand nous avons commencé cette nouvelle façon de faire, il faut monter des patients [dès que le lit sur l'étage est prêt, elles ont trente minutes pour monter la personne], nanan. Elle [personne âgée] a commencé à souper, puis moi, je ne » l'ai pas pris [comme] un dossier, je l'ai gardé. J'ai dit « ok ». Puis en tout

cas, y a d'autre monde qui a demandé à la patiente « est-ce que vous avez fini de manger ? », c'était un souper. Puis une fois, deux fois, trois fois, elle a, elle a dit « ok, j'ai fini ». Puis elle a pas mangé quasiment, puis on, comment je peux dire ça pour être gentil, on l'a tout simplement livrée, that's it, on pousse la civière, pis il monte pis, parce qu'il faut rentrer dans les 30 minutes. Alors pour cette femme-là et pour d'autres personnes âgées qu'on passe, ça prend une heure pour manger, ça prend une heure. Alors, tu me donnes 30 minutes pour monter un patient, c'est, puis tu [l'organisation] me donnes le souper en même temps, c'est pas possible que je rentre dans tes 30 minutes là, ça pas de sens. (Mme Rémy : 52).

Pour conclure, les résultats qui ont été présentés offrent une vision du contexte où se forment les significations de soigner des personnes âgées à la salle d'urgence. Diverses significations ont émergé de l'analyse, certaines sont en lien avec le savoir-être, alors que d'autres sont davantage en lien avec le savoir-faire. Finalement, des éléments ayant une influence sur ces significations de soigner des personnes âgées ont été décrits et ont permis de constater que les attitudes et les comportements qu'adoptent les infirmières sont influencés par une combinaison de facteurs culturels. Le chapitre suivant présente la discussion des résultats.

Chapitre 5

Discussion

À la lumière des écrits empiriques et théoriques sur les perceptions des infirmières quant aux personnes âgées et de leurs soins dans le contexte de la salle d'urgence décrites au chapitre deux, très peu d'études semblent offrir une meilleure compréhension des significations de soigner une personne âgée pour des infirmières travaillant à la salle d'urgence. Selon Pepin, Kérouac et Ducharme (2010), « la discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé » (p. 15). À l'aide de la théorie intermédiaire de Schigelone (2003) en gérontologie sociale, notre étude a permis de développer de nouvelles connaissances cohérentes avec ce centre d'intérêt de la discipline infirmière, entre autres, sur des facteurs environnementaux influençant les expériences des infirmières travaillant à la salle d'urgence et, par conséquent, sur les soins aux personnes âgées. Les significations de soigner des personnes âgées ayant émergé de cette étude permettront d'améliorer *le soin* en salle d'urgence envers cette clientèle et ainsi, d'améliorer leur expérience de santé. De plus, la théorie de Schigelone a permis d'enrichir les connaissances sur la fonction instrumentale ou utilitaire des attitudes ainsi que sur la fonction de la défense de l'égo qui étaient peu abordées dans les écrits. Elle a aussi permis d'approfondir les connaissances sur la fonction de la connaissance et de l'expression des valeurs des attitudes. Dans la discussion qui suit, les principaux aspects de chacun des quatre thèmes qui ont émergé de l'analyse des données sont mis en relation avec l'état actuel des connaissances sur le sujet.

Discussion des principaux résultats

Engagement professionnel ambivalent dans une dynamique de soins humaniste

Tel que mentionné dans le précédent chapitre, ce thème relève que s'engager dans une dynamique de soins humanistes signifie pour les infirmières d'utiliser une approche de soins adaptée à la personne âgée afin de leur prodiguer des soins de qualité. Cette signification est aussi mentionnée dans l'étude de Deasey, Kable et Jeong (2016) qui rapportait les résultats

d'une enquête nationale australienne sur les pratiques des infirmières d'urgence qui soignent des personnes âgées. Ces chercheurs ont utilisé un questionnaire autoadministré, le *Older Persons in Acute Care Survey-US* (OPAC-US) (Deasey et al., 2016) mesurant 14 caractéristiques qui influencent les soins infirmiers aigus à la personne âgée. Ils ont distribué ce questionnaire aux membres du *College of Emergency Nursing Australasia* (CENA) et 371 infirmières l'ont rempli. Parmi les participantes, 86 % des infirmières travaillant à la salle d'urgence impliquaient les patients plus âgés dans les décisions relatives à leur santé. Selon ces auteurs, ces réponses suggèrent que les infirmières travaillant à la salle d'urgence fournissent aux personnes âgées une approche de soins adaptée à celles-ci. Comme cette étude a permis de collecter uniquement des données à l'aide d'un sondage autoadministré, ces résultats restent superficiels quant à l'application réelle de l'approche de soins adaptée à la personne âgée. Notre ethnographie vient préciser que cette approche est modulée par l'importance qu'accorde l'infirmière à la personne âgée. Cette importance semble être influencée, entre autres, par l'intérêt des infirmières envers la personne âgée et de leurs soins.

De surcroît, le manque d'intérêt des infirmières de la présente étude a parfois été remarqué, entre autres, par leurs attitudes et comportements âgistes, ce qui a aussi une influence sur l'importance qu'elles accordent à la clientèle âgée. Durant la collecte des données, il a parfois été possible d'observer un vocabulaire infantilisant, des stéréotypes négatifs ou des comportements d'ignorance pouvant être associé à de l'âgisme. D'ailleurs, cela semble avoir une influence quant à la motivation des infirmières à adapter leur approche de soins avec cette clientèle.

La présence d'âgisme chez les infirmières pratiquant dans divers milieux a également été notée dans plusieurs écrits (Almeida Tavares et al., 2015 ; Courtney et al., 2000; Deasey, Kable et Jeong, 2014 ; Grief, 2003 ; Liu et al., 2013). Bien que la revue des écrits de Courtney et al. ait été réalisée en 2000 et ne concerne que les soins aigus, leurs résultats sont pertinents pour énoncer des éléments pouvant influencer les attitudes et comportements âgistes chez des infirmières. Ces auteurs soulèvent le fait que l'âgisme était plus présent chez les infirmières qui ne préféraient pas soigner les personnes de plus de 65 ans et que ces attitudes et

comportements ont un impact quant à la qualité des soins qui sont prodigués chez ces personnes (Courtney et al., 2000). Ensuite, la revue des écrits de Deasey et al. (2014) visait les études primaires s'étant déroulées en salle d'urgence. Leurs résultats indiquent que la motivation des infirmières travaillant à la salle d'urgence diminuait lorsque le patient âgé n'était plus gravement malade (Deasey et al., 2014). Très peu d'études abordent le niveau de motivation de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant à la salle d'urgence. Dans notre étude, la motivation des participantes diminuait lorsqu'elles devaient soigner des personnes qui ne guériront pas complètement, notamment les personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Elles ont alors la perception de ne pas faire une différence par leurs soins dans l'évolution clinique, ce qui affecte leurs attitudes et comportements envers les personnes âgées.

En outre, Deasey et al. (2014) stipulent que les attitudes âgistes des infirmières avaient des effets négatifs sur leurs soins ainsi que sur leurs interactions avec les personnes âgées. Elles engendraient une diminution de la qualité des soins prodigués. L'impact d'attitudes négatives envers les personnes âgées dans les interactions infirmières a aussi été remarqué dans nos résultats. Plutôt que de s'engager dans une relation de soins empreinte d'humanisme, elles s'engagent superficiellement dans une relation ayant pour but de collecter des données afin d'identifier des signes et des symptômes qui leurs permettent de mieux connaître le problème médical de la personne âgée et non leurs besoins singuliers. D'autre part, des attitudes discriminatoires ont été identifiées dans l'ethnographie ciblée canadienne de Taylor et al. (2015). Cette ethnographie ciblée avait pour but d'explorer les expériences de soins aux personnes âgées pour des infirmières travaillant en salle d'urgence. Les infirmières de cette étude stipulent éprouver des difficultés à « prendre soin » des personnes âgées, car leurs soins ne concordent pas avec la culture de la salle d'urgence (Taylor et al., 2015).

Par ailleurs, nos résultats soulèvent que les infirmières vivent des sentiments d'insatisfaction, de culpabilité et de frustration lorsqu'elles perçoivent un écart entre les soins de qualité qu'elles souhaiteraient offrir et les soins qu'elles prodiguent aux personnes âgées.

Ces états émotionnels génèrent chez les infirmières des attitudes négatives et un désengagement envers cette clientèle.

La culpabilité est un sentiment qui a été aussi identifié dans l'étude Enns et Sawatzky (2016), Kelly et al. (2011) et celle de Taylor et al. (2015). Selon Enns et Sawatzky (2016), l'expression du sentiment de culpabilité des infirmières est causée par la norme des soins prodigués à la salle d'urgence considérée comme « minimale » pour les patients. Quant à l'étude de Kelly et al. (2011), c'est lorsque les infirmières étaient incapables de répondre aux besoins exprimés par les personnes âgées qu'elles évoquaient vivre de l'angoisse morale. Pour les participantes de Taylor et al. (2015), elles reconnaissaient que les soins qu'elles prodiguaient n'étaient pas ce qu'elles souhaitaient offrir aux personnes âgées. Lorsqu'elles croyaient être incapables de fournir des soins de qualité, elles éprouvaient de la détresse au travail (Taylor et al., 2015).

Quant aux infirmières de notre étude, elles ressentaient de la culpabilité lors d'expérience de soins avec une personne âgée où elles ne percevaient pas avoir été à la hauteur, c'est-à-dire d'avoir donné des soins de qualité qu'elles qualifient d'humanistes. La théorie intermédiaire de Schigelone (2003) permet d'expliquer cette réaction de culpabilité. Lorsque les infirmières se sentent en partie responsables de ne pas avoir prodigué des soins de qualité aux personnes âgées, elles se protègent en ne s'engageant pas dans une dynamique de soins humaniste afin de ne pas avoir à revivre ce sentiment de culpabilité. Cette attitude de désengagement relève de la fonction défense de l'ego de la théorie de Schigelone (2003).

Soigner une personne âgée à la salle d'urgence : une prise en charge importante, mais complexe et difficile

Ce thème a permis d'identifier que les infirmières considèrent que de soigner une personne âgée à la salle d'urgence signifie qu'elles doivent effectuer une prise en charge globale, c'est-à-dire holistique. Toutefois, cette approche de soins holistique doit se faire

rapidement afin que la personne âgée soit stable cliniquement. Cette signification va dans le même sens que les résultats de l'étude de Enns et Sawatzky (2016). Les participantes infirmières travaillant à la salle d'urgence de cette étude avaient soulevé l'importance de fournir des soins « complets » aux patients ainsi qu'à leur famille, et ce, en répondant à tous leurs besoins dans un délai précis et dans un environnement de travail souvent chaotique (Enns et Sawatzky (2016). Cependant, bien que les infirmières de notre étude accordent de l'importance à prendre en charge globalement la personne âgée, les expériences de « prise en charge » décrites par celles-ci reflètent plutôt une perspective peu holistique. En effet, nos participantes s'intéressent d'abord à la condition médicale des personnes âgées en prodiguant des soins spécifiques à cette condition, plutôt qu'avoir une approche holistique avec cette clientèle afin de répondre à leurs besoins singuliers.

L'étude de Nyström (2002) cible des facteurs pouvant expliquer l'absence de cette perspective holistique dans l'approche de soins des infirmières travaillant à la salle d'urgence. Sans être spécifique aux personnes âgées, cette étude qualitative avait comme but d'analyser les facteurs qui entravaient les infirmières à fournir des soins infirmiers adéquats à la salle d'urgence. Différents thèmes ont émergé de cette étude, dont le manque de perspective holistique. Nyström (2002) associe, entre autres, l'absence de perspective holistique à l'organisation des soins infirmiers fournis à la salle d'urgence qui sont fragmentés. Ensuite, il associe l'absence de cette perspective holistique au manque d'intérêt des infirmières à vouloir comprendre les besoins des patients, à la priorisation des tâches médicales et à la satisfaction que retrouvent les infirmières aux interventions médicales aiguës, en particulier pour « sauver la vie des patients ». D'ailleurs, Nyström (2002) spécifie que « prendre soin » des personnes âgées, dont leurs problèmes psychosociaux, était ennuyeux pour les infirmières de son étude. Il ajoute que sans formation continue sur le développement de connaissances en sciences infirmières, les infirmières adoptaient plus facilement une perspective pouvant être associée au paradigme biomédical plutôt que celle de la profession infirmière qui préconise une perspective holistique. Toutefois, les infirmières de notre étude expliquent qu'elles s'efforcent d'adopter cette perspective dans leurs soins en commençant à prendre en charge le dépistage d'éléments indicateurs d'une perte d'autonomie. Cependant, le contexte organisationnel et,

plus particulièrement, le manque chronique de ressources dédiées à la personne âgée sont des éléments qui rendent difficiles l'application d'une approche de soins holistiques pour les infirmières. Ce constat est aussi noté par les participantes de l'étude de Enns et Sawatzky (2016).

À l'aide de la fonction utilitaire de la théorie intermédiaire de Schigelone (2003), il est possible de penser que puisque le contexte organisationnel rend difficile l'application d'une approche de soins holistiques pour les infirmières, celles-ci peuvent adopter des attitudes négatives à l'égard des soins à la personne âgée. Étant donné qu'elles devront déployer davantage d'efforts pour appliquer cette approche à la salle d'urgence ou encore qu'elles se voient surchargées de travail lorsqu'elles prennent le temps d'appliquer une approche holistique dans leurs soins, ces infirmières éviteront cette pratique afin de prévenir, par exemple, un sentiment de frustration.

Toujours en lien avec ce thème, soigner des personnes âgées à la salle d'urgence a été associé à des soins complexes ainsi que chronophages et qui demande davantage d'efforts que d'autres types de clientèle. Selon nos résultats, cela découle de la situation de santé souvent complexe des personnes âgées, ainsi que des signes et des symptômes souvent atypiques et imprévisibles des maladies aiguës. De plus, les troubles cognitifs et la lenteur de certaines personnes âgées demandent plus de temps aux infirmières pour récolter l'information nécessaire pour bien comprendre leur histoire clinique et d'exécuter leurs soins. Ces aspects rendent difficiles pour les infirmières d'évaluer la condition physique et mentale de cette clientèle et, par conséquent, d'organiser leur travail.

Ces aspects ont également été constatés dans plusieurs études réalisées dans divers milieux cliniques (Boltz et al., 2013; Higgins, 2007; Polat, Karadag, Ülger et Demir, 2014; Taylor et al., 2015). Les participantes infirmières de l'ethnographie ciblée de Taylor et al. (2015) décrivent les personnes âgées comme un « casse-tête » à résoudre et plus précisément, vagues en ce qui concerne leurs raisons de consultation, par exemple, manifester de la

faiblesse. Leurs résultats font aussi ressortir que les infirmières perçoivent que ce niveau de complexité de la présentation clinique des personnes âgées ne cadrerait pas avec leur organisation de travail, soit avec le changement rapide et constant des priorités des soins et avec la culture organisationnelle de performance (Taylor et al., 2015). Pour les participantes infirmières de cette étude, l'ensemble de ces aspects avait des répercussions quant à la « prise en charge » de la personne âgée. Les infirmières se concentraient plus souvent sur les problèmes les plus évidents sans chercher un problème qui serait moins évident, mais plus important.

Les résultats de notre étude apportent une contribution en enrichissant la compréhension des attitudes négatives envers cette clientèle en laissant entrevoir que la complexité des besoins des personnes âgées et de leurs soins demande aux infirmières de déployer des efforts mentaux et physiques particuliers. À ces égards, les infirmières attribuent la signification d'une charge de travail supplémentaire. Cela peut être expliqué, entre autres, par la fonction utilitaire des attitudes de la théorie de Schigelone (2003) où les infirmières développeront des attitudes négatives quant aux soins à la personne âgée si cela entre en conflit avec les besoins des infirmières d'accomplir rapidement les tâches requises d'évaluation, d'intervention, de congé et de soigner les autres patients.

La perspective de l'infirmière sur le vieillissement influence son attitude à l'égard des soins aux personnes âgées

Ce thème présente deux éléments qui ont de l'influence sur les significations qu'accordent les infirmières aux soins aux personnes âgées. Plus concrètement, ils font ressortir que les stéréotypes associés à la personne âgée et au vieillissement ainsi que les écarts entre la représentation idéalisée des soins d'urgence avec la réalité de la salle d'urgence ont des répercussions quant aux attitudes des infirmières envers les soins aux personnes âgées.

À l'égard des stéréotypes attribués à la personne âgée et au vieillissement, notre étude met en relief que les infirmières ont une perspective plus négative que positive. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Bulut et al. (2015) qui avait pour but de déterminer les perceptions des professionnels de la santé (19 médecins et 17 infirmières) concernant le vieillissement et les personnes âgées qui se présentent à la salle d'urgence avec des plaintes aiguës ou chronique. Ces participants décrivaient plus négativement la personne âgée et la majorité (69 %) la décrivait comme étant dépendante physiquement, émotionnellement ainsi que socialement et ayant des maladies chroniques.

Par ailleurs, le stéréotype qui a été le plus souvent énoncé dans notre étude est la généralisation quant à la perte d'autonomie chez les personnes âgées. D'ailleurs, selon Fry (2012), la dépendance d'une personne irait à l'encontre des valeurs de la pratique de soins d'urgence. Fry (2012) est l'une des rares auteurs qui a conçu une étude ethnographique dont le but était de fournir une meilleure compréhension de la façon dont les systèmes de croyances pouvaient avoir un impact sur les comportements, les actions et la prise de décision des infirmières travaillant au triage. L'une des croyances était que les patients devaient prendre en charge leur propre problème de santé avant de venir consulter aux urgences. Lorsque les patients enfreignaient cette croyance, les infirmières du triage donnaient souvent des conseils sur ce qu'ils devaient faire la prochaine fois ou avaient modifié, à la baisse, leur priorité au triage. Dans l'étude de Taylor et al. (2015), les infirmières décrivaient des situations où les personnes âgées avaient réellement leur place à la salle d'urgence. Elles considéraient que cela était, par exemple, lorsque les personnes âgées présentaient clairement un problème de santé urgent ou lorsqu'elles étaient indépendantes dans leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes. Dans ces cas, les infirmières percevaient qu'il y avait une bonne adéquation (« *good fit* ») avec les services offerts à l'urgence (Taylor et al., 2015).

Notre étude contribue à la compréhension de ces attitudes chez les infirmières envers les personnes âgées en perte d'autonomie. Nos résultats soulignent que certaines infirmières travaillant à la salle d'urgence craignent leur propre vieillissement à cause des pertes d'autonomie qu'elles constatent chez les personnes âgées qu'elles soignent. Cette dépendance,

perçue comme étant généralisée chez les personnes âgées, est considérée comme un travail supplémentaire pour les infirmières. Puisque ces personnes leur demandent davantage de travail qu'un patient indépendant et tel qu'expliquée par la fonction utilitaire des attitudes (Schigelone, 2003), les infirmières semblent manifester des attitudes négatives à l'égard de ces personnes âgées. Ces attitudes peuvent avoir des préjudices pour les personnes âgées. Par exemple, les demandes des personnes âgées aux infirmières en réponse à un manque d'indépendance peuvent ne pas être prises au sérieux, ce qui a une incidence sur les soins reçus, la durée de l'hospitalisation et le rétablissement.

D'autre part, notre étude a soulevé le fait que les infirmières catégorisent les personnes âgées en deux groupes, soit 1) le groupe des non-confuses et collaborantes et ; 2) le groupe des personnes âgées confuses ou non collaborantes. Ces généralisations peuvent être expliquées à l'aide de la fonction de la connaissance de Schigelone (2003). En effet, le manque de connaissances qu'ont les infirmières quant aux troubles cognitifs et à l'état confusionnel aigu, ainsi qu'aux stratégies de communication dans ces situations les amènent à les catégoriser ainsi et manifester un désintérêt à soigner les personnes confuses ou non collaborantes. Toutefois, ce désintérêt limite les infirmières à adopter une approche de soins adaptés à chaque personne âgée, ce qui diminue la qualité des soins et le bien-être de ses personnes soignées.

Par ailleurs, nos résultats identifient un autre élément qui influencent les significations de soigner une personne âgée, soit la préférence de prodiguer des soins de haute intensité, la recherche des poussées d'adrénaline et de soigner davantage de jeunes patients. Toutefois, dès qu'elles débutent leur pratique à la salle d'urgence, elles s'aperçoivent rapidement qu'elles devront surtout soigner des personnes âgées. Ces écarts entre leurs attentes et la réalité des soins d'urgence peuvent influencer les perspectives des infirmières à l'égard des personnes âgées qu'elles soignent.

Tout d'abord, les participantes ont affirmé avoir fait le choix de pratiquer à titre d'infirmières à la salle d'urgence pour prodiguer des soins de haute intensité générant des poussées d'adrénaline. Ce constat a été identifié dans l'étude de Stevens (2011) qui portait sur le profil de choix de carrière chez des étudiants au baccalauréat en sciences infirmières. Pour ce faire, un questionnaire a été rempli par des étudiants qui devaient classer d'un à dix, dix choix de carrière, un étant le plus populaire et dix le moins populaire. Le choix de travailler avec les personnes âgées se classait au neuvième rang et les soins intensifs, qui sont considérés comme des soins critiques comme les soins d'urgence, étaient au deuxième rang. Les raisons mentionnées par les étudiants étaient que les personnes âgées ne peuvent pas complètement guérir, que travailler avec des personnes âgées aurait un effet négatif sur leur carrière et que leurs efforts en soins ne feraient pas la différence chez cette clientèle (Stevens, 2011). En ce qui a trait à l'intérêt des soins intensifs, les étudiants de cette étude ont indiqué qu'ils recherchaient des soins d'action.

Comme mentionné plus tôt, ces éléments ont aussi été soulevés par les infirmières de notre étude. Cela permet de penser que les infirmières ayant ce type de représentation idéalisée des soins d'urgence doivent rapidement s'adapter à la réalité. Cette situation peut avoir une influence sur l'attitude des infirmières à l'égard des soins aux personnes âgées. En effet, elles semblent parfois manifester des attitudes négatives en se désintéressant des personnes âgées ou en qualifiant leurs soins d'inintéressants, ce qui a un impact sur l'importance qu'elles accordent à cette clientèle. En ce sens, la fonction de la connaissance de Schigelone (2003) peut expliquer les représentations idéalisées des soins d'urgence. Les infirmières peuvent avoir une représentation des soins d'urgence influencée par les médias, par exemple à l'aide de l'émission télévisée 24/7 diffusée sur la chaîne de Télé-Québec qui présente des faits saillants qui ne reflètent pas toujours la réalité des soins d'urgence ou encore, *Grey's anatomy* et *Dr House*. À cet égard, les étudiantes infirmières et les nouvelles diplômées perçoivent qu'elles interviendront régulièrement dans des situations d'urgence telles que représentées par les médias, ce qui n'est pas la réalité des soins dans les salles d'urgence.

Des soins au rythme d'une cadence de travail modulée par l'organisation

Les résultats en lien avec ce thème présentent des facteurs organisationnels ayant de l'influence sur l'importance qu'accordent les infirmières à la personne âgée et à leurs soins, ce qui a un impact quant à leur engagement dans une dynamique de soins humanistes. Certains facteurs organisationnels limiteraient le rôle de l'infirmière à « prendre soin » d'une personne âgée en la réduisant en un « objet de soins ». Nos résultats quant à cette déshumanisation des soins concordent avec l'étude de Enns et Sawatzky (2016). Dans cette étude auprès d'infirmières travaillant à la salle d'urgence, les résultats soulignent des facteurs similaires aux nôtres, tels que la surcharge de travail et le manque de ressources humaines. De plus, les infirmières indiquaient aussi que le manque de temps est un facteur affectant leur approche humaniste (Enns et Sawatzky, 2016). Cependant, dans notre étude, les participantes ont souligné d'autres contraintes qui les limitaient à « prendre soin », soit le travail en dyade avec une infirmière auxiliaire, puis un manque de formation sur les soins à offrir à une clientèle ayant des troubles cognitifs à la salle d'urgence. Quant au manque de temps, il serait surtout lié au rythme de travail qui est modulé par l'organisation qui leur impose des barèmes de performance. Par conséquent, les participantes ne sont pas toujours capables de vraiment « prendre soin » des patients âgés, ce qui diminue la qualité des soins prodigués ainsi que le bien-être de ces patients.

Ces résultats rejoignent la fonction de l'expression des valeurs des attitudes (Schigelone, 2003) qui peut aussi influencer l'ambivalence vécue par les infirmières quant à leur engagement dans une dynamique de soins humanistes. En effet, le rôle de « prendre soin » est l'essence de la discipline infirmière pour plusieurs auteurs (Leininger, 1988 ; Watson, 1990). Lorsque l'infirmière est limitée dans son rôle, elle peut avoir une perception de soi qui est négative. Cette perception amène l'expression d'attitudes qui reflètent ses croyances et ses valeurs centrales et peut mener à une insatisfaction au travail, ce qui est mentionné par les participantes de notre étude. Il en découle que les infirmières peuvent en venir à éviter de s'engager dans une dynamique de soins humaniste afin de ne pas être incohérentes avec leurs croyances et leurs valeurs centrales

Dans une salle d'urgence, le facteur temps semble être un élément important pouvant moduler le rythme de travail des infirmières. Les répercussions associées au manque de temps ayant été mentionnées par les participantes sont la déshumanisation des soins ainsi que la baisse de la qualité des soins. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Taylor et al. (2015) qui dénote que le manque de temps influencerait l'intérêt des infirmières travaillant à la salle d'urgence à soigner les personnes âgées et aurait un impact négatif sur la qualité des soins qui leur sont prodigués. Pour Muntlin et al. (2010) et Nugus et Forero (2011), l'une des causes occasionnant le manque de temps est le roulement rapide des patients. Ce roulement amènerait les infirmières à traiter les patients comme un objet ou un problème plutôt que de prendre soin dans son entièreté (Muntlin et al., 2010 ; Nugus et Forero, 2011). Puis, la culture de rapidité de la salle d'urgence influencerait, selon Khokher et al. (2009), les attitudes et comportements des infirmières devant soigner des patients qui requiert plus de temps de soins ou d'attention. Il a été soulevé que leurs interactions auprès des patients demandant ce type de soins étaient plus tendues (Khokher et al., 2009).

La présente étude apporte une contribution en décrivant certains facteurs organisationnels pouvant influencer ce rythme de travail. Pour les infirmières de notre étude, leur rythme de travail dépendait du rythme de travail de leurs collègues, tels que les médecins et les infirmières auxiliaires selon leur rapidité ou leur expertise en salle d'urgence. Quant au roulement rapide des patients, ce sont les barèmes de performance imposés par l'organisation qui contribuait surtout à l'intensité du rythme de travail des infirmières. Lorsque le rythme est rapide et de haute intensité, le niveau d'importance qu'accordent les infirmières aux personnes âgées diminue. En effet, les infirmières tentent de garder le contrôle de leur organisation de travail en se concentrant davantage sur les tâches médicales que sur les soins infirmiers que requièrent les personnes âgées. Cette pratique influence l'approche holistique qu'elles devraient adopter à l'égard des personnes âgées à la salle d'urgence.

En somme, la particularité de notre étude se retrouve dans une meilleure compréhension des attitudes et comportements des infirmières travaillant à la salle d'urgence à l'égard des personnes âgées et de leurs soins. Certains éléments enrichissent les connaissances

existantes dans les écrits, alors que d'autres éléments sont de nouvelles connaissances en lien avec ce phénomène. Ces connaissances ont des implications afin d'améliorer les attitudes et les comportements des infirmières travaillant à la salle d'urgence auprès des personnes âgées, ainsi que pour favoriser une dynamique de soins humanistes et holistiques. La prochaine section présente les considérations théoriques, méthodologiques ainsi que les limites de l'étude.

Considérations théoriques

La théorie intermédiaire de Schigelone (2003), développée dans la discipline de la gérontologie sociale et s'appuyant sur la théorie fonctionnelle des attitudes de Katz (1960), explique en quoi les attitudes influencent les comportements et leur utilité pour des professionnels de la santé à l'égard des personnes âgées. De plus, Schigelone utilise le concept d'attitudes âgistes pour comprendre les raisons de la présence d'attitudes et de comportements négatifs des professionnels de la santé à l'égard des personnes âgées. Selon cette théorie intermédiaire, c'est en comprenant les fonctions des attitudes du professionnel de la santé que l'on peut mieux comprendre les significations qu'il accorde à soigner une personne âgée. De ces faits, tout au long de notre étude, la théorie intermédiaire de Schigelone (2003) a été utile.

La théorie intermédiaire de Schigelone (2003) a été pertinente pour guider la recension des écrits, la collecte des données et l'analyse des données. D'abord, les thèmes des entretiens semi-structurés étaient en lien avec les quatre fonctions des attitudes de la théorie intermédiaire de Schigelone (2003), soit la fonction instrumentale ou utilitaire; la fonction de la connaissance; la fonction de défense de l'égo; et la fonction d'expression de valeur. Ces différentes fonctions ont permis à l'étudiante-chercheuse d'explorer diverses attitudes de soins auprès des informateurs clés dans le contexte de la salle d'urgence et ainsi, de dégager des significations de soigner des personnes âgées à l'intérieur de ce contexte. D'ailleurs, comme l'indique la section précédente, il est possible de faire plusieurs liens entre les résultats et cette

théorie permettant d'approfondir la compréhension des attitudes des infirmières envers les personnes âgées et de leurs soins.

De plus, les quatre fonctions des attitudes de la théorie intermédiaire de Schigelone (2003) et la définition de Schein (2010) de la culture organisationnelle ont permis à l'étudiante-chercheuse d'identifier des éléments pouvant influencer les significations de soigner une personne âgée dans la salle d'urgence. Les résultats mettent en évidence que la perspective de l'infirmière quant au vieillissement peut influencer leur attitude à l'égard des soins aux personnes âgées. De plus, ces infirmières ont une vision plutôt négative de la personne âgée et du vieillissement qui a contribué à l'intégration de stéréotypes sur les personnes âgées qui consultent à la salle d'urgence. Cela peut influencer leurs attitudes à l'égard de la personne âgée et ainsi influencer les significations de soigner une personne âgée dans le contexte de la salle d'urgence.

Ainsi, la théorie de Schigelone (2003) a été pertinente afin de dégager des significations quant à soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant à la salle d'urgence. Bien que cette théorie vise l'ensemble des professionnels de la santé, les résultats de notre étude ont permis de démontrer qu'elle s'appliquait bien aux infirmières. Les considérations méthodologiques sont abordées dans ce qui suit.

Considérations méthodologiques

Dans cette section, la pertinence de l'ethnographie ciblée utilisée pour cette étude ainsi que de l'échantillonnage, la méthode de collecte des données sont présentés. Les forces et des limites de notre étude sont ensuite présentées.

Pertinence du devis de recherche

Peu d'études ont examiné les attitudes et les comportements des infirmières à l'égard des soins aux personnes âgées et encore moins les ont considérés dans le contexte culturel particulier de la salle d'urgence. L'ethnographie a été particulièrement pertinente pour atteindre le but de notre étude, notamment, par ses caractéristiques, dont la triangulation des méthodes de collecte (Roper et Shapira, 2000; Speziale, 2007) et l'inclusion de périodes d'observation. Ces caractéristiques ont permis de mieux saisir l'essence des comportements et des attitudes des infirmières à l'égard des personnes âgées et du vieillissement dans un contexte spécifique.

Échantillonnage

L'échantillonnage de la présente étude se démarquait par la sélection des participantes. En effet, une attention particulière a été portée au recrutement des participantes afin d'appliquer les recommandations de Creswell (2013) et Roper et Shapira (2000) pour obtenir un échantillon à variation maximale. À cet égard, l'étudiante-chercheuse a sélectionné des participantes ayant des perspectives et des expériences variées sur le phénomène étudié à l'aide des critères d'inclusion, de périodes d'observations ainsi que de conversations informelles. Ainsi, les stratégies mises en place ont permis de recruter des informatrices clés travaillant sur les trois quarts de travail et ayant des expériences différentes à l'égard des personnes âgées et de leurs soins.

Par ailleurs, la plupart des études se penchant sur les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes âgées avaient comme échantillon des étudiantes infirmières, des médecins ou des infirmières travaillant en soins aigus ou CHLSD. Ces échantillons ne permettaient pas de comprendre les comportements particuliers des infirmières travaillant à la salle d'urgence. Ainsi, le critère d'inclusion qui ciblait spécifiquement des infirmières

détentrices d'un poste à la salle d'urgence sur divers quarts de travail a permis d'augmenter la richesse des données et de mieux saisir les interactions avec leur environnement. D'ailleurs, afin d'augmenter la crédibilité de l'étude et de mieux comprendre le contexte culturel, des informateurs généraux ont aussi été impliqués dans l'étude.

Méthodes de collecte des données

Pour cette étude, les multiples méthodes de collecte des données prévues ont été pertinentes pour mieux comprendre les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant à la salle d'urgence et leur contexte culturel. L'observation a permis à l'étudiante-chercheuse de s'immerger dans le contexte culturel complexe de la salle d'urgence et de noter des éléments implicites qui ont enrichi les données recueillies lors des entretiens individuels. En effet, certains comportements des infirmières auraient difficilement été explicités par celles-ci lors d'un entretien individuel. À titre d'exemple, une infirmière qui ignore la cloche d'une personne âgée sonnant au poste ou encore l'usage de termes âgistes pour caractériser la personne âgée n'auraient pas pu être captés lors des entretiens. D'ailleurs, très peu d'ethnographies se déroulant dans une salle d'urgence ont utilisé l'observation comme méthode de collecte des données et encore moins, sur les trois quarts de travail. Pourtant, cette méthode de collecte des données est considérée comme essentielle en ethnographie (Spradley, 1980) pour obtenir une meilleure compréhension du phénomène étudié.

De plus, des conversations informelles auprès d'informateurs clés et généraux ont été utilisées afin de bien comprendre la perspective « émique ». En outre, cette méthode a été pertinente pour clarifier certaines données collectées sur des événements précis lors des périodes d'observation et lors des entretiens semi-structurés. Également, pour approfondir la connaissance sur les comportements des infirmières à l'égard des personnes âgées et sur leurs interactions avec leurs collègues, les conversations informelles ont permis aux informateurs de discuter de ce qui était significatif et d'identifier certaines valeurs et croyances de la culture étudiée.

D'autre part, grâce à la triangulation des données, il a été possible d'obtenir une vision multidimensionnelle du phénomène étudié ainsi que du milieu culturel, ce qui a permis d'assurer la crédibilité de l'étude. D'ailleurs, l'utilisation de multiples méthodes de collecte de données a favorisé la confrontation des données et ainsi, l'identification de thèmes récurrents afin d'augmenter la compréhension des significations de soigner une personne âgée à la salle d'urgence. Les limites de cette étude sont maintenant présentées.

Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites. Premièrement, le phénomène à l'étude a été exploré dans une culture organisationnelle très précise. Il est fort possible que d'une salle d'urgence à l'autre, la culture organisationnelle soit différente, créant des disparités dans les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant dans d'autres cultures organisationnelles. De ce fait, cela peut limiter le transfert des résultats à une autre culture. Cependant, afin de permettre aux lecteurs d'évaluer la transférabilité dans leur contexte culturel, plusieurs éléments de la présente étude ont été décrits en profondeur. En effet, le contexte culturel comprenant l'atmosphère, l'environnement physique et social de la salle d'urgence, les caractéristiques de l'échantillon et les thèmes ont été présentés avec de nombreux détails pour permettre l'application des conclusions générées par l'analyse des données à d'autres milieux culturels similaires.

Deuxièmement, la taille de l'échantillon peut avoir une influence sur les résultats obtenus de notre étude. En effet, par les contraintes temporelles imposées dans le cadre d'un mémoire, le recrutement des participantes a cessé à une taille précise, soit six informatrices clés, plutôt que d'attendre d'atteindre la saturation des données. Les résultats auraient peut-être été différents avec une taille plus grande. Toutefois, une certaine redondance dans les données collectées a été remarquée par l'étudiante-chercheuse, ce qui permet d'affirmer qu'une certaine saturation des données a été atteinte.

Troisièmement, par les contraintes éthiques, organisationnelles et professionnelles ainsi que la contrainte temporelle d'un projet de maîtrise, l'étudiante-chercheuse n'a pu effectuer de

l'observation participante, telle que suggérée par Spradley (1980) afin de comprendre la perspective « émique ». L'observation participante aurait permis de mieux comprendre les comportements des infirmières. Toutefois, l'étudiante-chercheuse, ayant déjà travaillé dans un milieu semblable en tant qu'infirmière, possédait déjà une certaine compréhension de cette perspective « émique » qui a pu pallier cette limite.

Quatrièmement, cette connaissance de l'étudiante-chercheuse de cette perspective « émique » de la salle d'urgence, a pu réduire la tension « émique-étique » qui est nécessaire afin de faire émerger les connaissances tacites qui sont enracinées dans les expériences culturelles des infirmières. Cependant, durant l'étude, cela faisait plus de deux ans qu'elle n'avait pas travaillé à la salle d'urgence. De plus, pour découvrir de nouvelles données, mais aussi pour favoriser la tension « émique-étique », le projet a eu lieu dans un milieu différent de son ancien milieu de travail. Puis, l'étudiante-chercheuse a utilisé un journal de bord afin de documenter ces réflexions et d'y inscrire ses présuppositions afin de voir avec des yeux neufs le phénomène. D'ailleurs, malgré une certaine connaissance « émique » du contexte culturel, l'étudiante-chercheuse a fait des apprentissages, par exemple, concernant des éléments, comme les perspectives des infirmières quant au vieillissement et des facteurs organisationnels, pouvant avoir une influence quant au niveau d'engagement des infirmières dans une dynamique de soins humanistes avec les personnes âgées à la salle d'urgence. Dans la prochaine partie, les implications de l'étude sont présentées.

Implications de l'étude pour les sciences infirmières

Les résultats de la présente étude ont permis de dégager des implications dans les différents champs d'activités des infirmières soit la recherche, la formation, la pratique clinique, la gestion et le politique. Elles visent à promouvoir des soins et des services de qualité pour les personnes âgées soignées dans le contexte culture de la salle d'urgence. Ces implications sont maintenant présentées.

Pour la recherche

Les résultats de la présente étude ont fait ressortir des significations accordées par des infirmières de soigner une personne âgée dans un contexte culturel de la salle d'urgence. Toutefois, étant donné qu'il y a peu d'écrits empiriques s'intéressant à ce phénomène et que les connaissances sur ce phénomène sont limitées, il serait pertinent d'approfondir les connaissances qui ont été soulevées par cette étude dans d'autres salles d'urgence. De plus, une limite liée à la taille de notre échantillon a été soulevée. Des études ayant une taille d'échantillon plus grande permettraient de confronter les idées d'informateurs clés, ce qui contribuerait à augmenter la profondeur des résultats obtenus. D'autre part, un échantillonnage plus varié, par exemple qui inclurait davantage d'infirmières travaillant de nuit et de fin de semaine ainsi que d'autres soignants dans le même contexte culturel de la salle d'urgence, notamment des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des médecins permettrait de diversifier les points de vue quant au phénomène étudié et de mieux comprendre les significations de soigner une personne âgée à la salle d'urgence.

Dans le même ordre d'idée, comme notre étude est une ethnographie ciblée, nos résultats présentent des interactions qu'ont les infirmières avec leur environnement et c'est ce qui permet de mieux comprendre leur culture. Toutefois, il serait pertinent de réaliser des études incluant également la perspective des personnes âgées qui sont soignées par ces infirmières. La perspective des personnes âgées ainsi que l'observation des comportements des infirmières lors de leur relation avec ces dernières permettraient de mieux comprendre les éléments culturels influençant les significations quant à soigner une personne âgée à la salle d'urgence.

Enfin, en considérant que le développement des attitudes des infirmières à l'égard des personnes âgées est un phénomène multidimensionnel, il serait pertinent de recourir à une étude à devis mixte combinant des stratégies quantitatives et qualitatives. Ce type d'étude permettrait d'obtenir une meilleure compréhension des attitudes des infirmières envers les personnes âgées en examinant différentes perspectives. À titre d'exemple, les attitudes et les

connaissances des infirmières prodiguant des soins aux personnes âgées dans un contexte de salle d'urgence pourraient être mesurées à l'aide de l'outil *Older Persons in Acute Care Survey-US* (OPAC-US) (Malmgreen, Graham, Shortridge-Baggett, Courtney et Walsh, 2009). Puis, les résultats pourraient être confrontés aux données d'entretiens individuels de ces infirmières et à des périodes d'observation.

Pour la formation

Sur le plan de la formation, les résultats de notre étude indiquent que les infirmières considèrent comme difficile et complexe de soigner une personne âgée à la salle d'urgence. D'une part, elles remarquent que les personnes âgées ont des besoins cliniques complexes et que les soins qui en découlent sont difficiles. En ce sens, il serait nécessaire d'offrir davantage de formation continue concernant les soins critiques à la clientèle âgée pour les infirmières travaillant à la salle d'urgence. De cette façon, les infirmières auraient de meilleures connaissances sur cette complexité clinique et ces apprentissages permettraient qu'elles interviennent plus adéquatement.

D'autre part, les infirmières ont soulevé un besoin de formation quant à l'approche de soins qu'elles devraient préconiser auprès des personnes âgées et, plus particulièrement, avec les personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Souvent, ces infirmières se sentent démunies et sans stratégie d'intervention appropriée. Elles sont impuissantes devant cette clientèle, ce qui engendre chez elles du désintéressement et une diminution de l'engagement dans une dynamique de soins humaniste. Afin de mieux comprendre les troubles cognitifs des personnes âgées qu'elles soignent et de mieux intervenir, les infirmières doivent acquérir des connaissances quant aux maladies dégénératives, à leurs conséquences comportementales et aux stratégies facilitant les interactions et les soins avec cette clientèle.

De plus, les infirmières ont des idées préconçues quant à la clientèle à la salle d'urgence. Lorsqu'elles amorcent leur carrière dans ce contexte de soins, elles sont étonnées de soigner majoritairement des personnes âgées. Les étudiantes doivent être davantage

sensibilisées à la prédominance des personnes âgées dans les salles d'urgence. De plus, les cours de soins critiques au niveau universitaire doivent intégrer plus de soins à la personne âgée et mettre l'accent sur le processus du vieillissement ainsi que sur les effets concomitants des maladies chroniques. Quant aux étudiantes au niveau collégial, il serait également pertinent d'introduire ces notions dans leur cursus scolaire, car plusieurs étudiantes au DEC font le choix de pratiquer dans une salle d'urgence. Puis, afin que ces futures infirmières puissent améliorer leurs compétences à entrer en relation avec des personnes âgées dans ce contexte particulier, il serait nécessaire qu'elles puissent appliquer leurs connaissances sur les personnes âgées lors de leur stage en salle d'urgence. Ces recommandations pourraient sensibiliser en amont les étudiantes infirmières quant à la réalité de la pratique des soins d'urgence d'aujourd'hui et ainsi influencer leurs attentes, puis moduler leurs comportements dès le début de leur pratique.

Enfin, des ateliers éducatifs sur l'âgisme seraient pertinents pour tout le personnel soignant de la salle d'urgence et pour les étudiantes infirmières. Ces séances éducatives devraient mettre l'accent sur les attitudes et les comportements âgistes, leurs impacts sur la personne âgée et sur des interventions pour les prévenir.

Pour la pratique

Les résultats de l'étude mènent à formuler des recommandations pour la pratique. Certaines infirmières semblent avoir de la difficulté à s'engager dans une relation avec les personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence. Les relations de soins de ces infirmières sont davantage dans l'intérêt de celles-ci afin qu'elles puissent être efficaces dans leur organisation des soins plutôt que pour répondre adéquatement aux besoins de la personne âgée. À la lumière de ces connaissances, il serait nécessaire pour les infirmières de réfléchir à l'étendue de leur rôle infirmier et, plus particulièrement, à l'importance du « prendre soin » afin de considérer la personne âgée soignée comme un partenaire clé. Cela permettrait de renforcer chez les infirmières l'importance d'entrer dans une véritable relation de soins avec

les personnes âgées afin qu'elles écoutent leurs besoins singuliers et non seulement être à l'écoute de leurs symptômes. D'ailleurs, les résultats de notre étude pourraient être diffusés aux professionnels et aux infirmières travaillant à la salle d'urgence afin de susciter des réflexions quant à leur vision de la personne âgée et aux stéréotypes véhiculés face à cette clientèle. Les résultats pourraient refléter aux infirmières les comportements qu'elles ont envers cette clientèle et les sensibiliser à l'importance de considérer les personnes âgées de façon holistique afin de leur offrir des soins de qualité cohérents avec une philosophie humaniste. Comme l'indique Schigelone (2003), présenter ces significations, qu'elles soient positives ou négatives, aux professionnels de la santé peut influencer leurs perceptions de la sorte que ces professionnels pourraient moduler leurs attitudes et leurs comportements à l'égard des personnes âgées.

D'autre part, les résultats de notre étude démontrent que les infirmières ressentent de la satisfaction lorsqu'elles perçoivent faire une différence par leurs soins. Elles constatent cette différence lorsque l'état clinique de la personne soignée évolue positivement vers la guérison. Lorsqu'elles soignent des personnes âgées atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques et sachant que cette clientèle ne guérira pas complètement, elles vivent un paradoxe. Cela laisse penser aux infirmières qu'elles ne font pas de différence par leurs soins ce qui génère chez elles de l'insatisfaction et une perte d'intérêt à l'égard cette clientèle. Afin de souligner l'apport qu'elles ont par leurs soins chez les personnes âgées à la salle d'urgence, les infirmières doivent se réapproprier leurs savoirs infirmiers. Elles doivent ajuster leur vision des soins à l'égard des personnes âgées et de leur répercussion, c'est-à-dire de ne pas seulement viser la survie de la personne âgée, mais d'être aussi attentives à sa qualité de vie ainsi que de son bien-être, et ce même en fin de vie. Ainsi les infirmières pourraient considérer l'influence qu'elles peuvent avoir comme soignante et adopter des comportements cohérents avec la pratique infirmière. La réappropriation du savoir infirmier permettrait d'améliorer la qualité des soins, le bien-être des personnes âgées à la salle d'urgence et la satisfaction des infirmières au travail.

Ensuite, dans l'optique d'offrir des soins de qualité et de promouvoir le bien-être de la personne âgée à la salle d'urgence, les infirmières doivent évaluer correctement la condition physique et mentale de cette clientèle. Aussi, comme avec les autres patients de la salle d'urgence, les infirmières doivent intervenir rapidement en cas de détérioration de leur condition de santé. L'utilisation de l'outil interprofessionnel « Signes AINÉES » (Lafrenière et Dupras 2014) est pertinente afin d'améliorer la pratique infirmière à l'égard des soins à la personne âgée à la salle d'urgence. Cet outil permet d'avoir une vision globale de la situation de santé de la personne âgée afin de repérer et traiter précocement la détérioration de la condition clinique de la personne âgée, plutôt que de se limiter aux problèmes conduisant la personne âgée à la salle d'urgence (Lafrenière et Dupras 2014). Pour les infirmières considérant la personne âgée comme étant une population homogène, telle que soulevée dans notre étude ou encore pour les infirmières trouvant qu'il est difficile d'avoir une approche holistique auprès des personnes âgées, l'outil Signes AINÉES est utile. Il permet de surveiller six aspects de la santé chez la personne âgée (l'autonomie et la mobilité; l'intégrité de la peau; la nutrition et l'hydratation; l'élimination; l'état cognitif et le comportement; et le sommeil) et propose sept questions et actions à intégrer dans la démarche clinique des professionnels de la santé soignant une personne âgée (Lafrenière et Dupras 2014). Pour la pratique clinique, il serait pertinent d'implanter cet outil à la salle d'urgence et de l'introduire ainsi que les interventions associées dans la routine de soins des infirmières qui souhaitent offrir des services de qualité aux personnes âgées.

Pour la gestion

Nos résultats suggèrent que plusieurs facteurs organisationnels à la salle d'urgence ont une influence sur les significations que les infirmières accordent à soigner des personnes âgées. Ces résultats permettent d'émettre des recommandations qui pourraient être mises en place afin d'améliorer la qualité des soins, le bien-être des personnes âgées et la satisfaction des infirmières au travail.

Tout d'abord, afin de renforcer l'engagement des infirmières dans une dynamique de soins humanistes à la personne âgée, les gestionnaires en soins infirmiers doivent être sensibilisés aux difficultés vécues par ces professionnels afin de réfléchir à des stratégies d'accompagnement et de soutien. Ainsi, les gestionnaires pourraient créer un environnement facilitant pour les infirmières qui soignent des personnes âgées. Ensuite, nos résultats indiquent que l'engagement dans une dynamique de soins humanistes envers la personne âgée dépend de l'importance qu'accordent les infirmières à cette clientèle qui est liée, entre autres, à leur intérêt pour les soins aux personnes âgées. Les gestionnaires infirmières doivent développer une culture favorisant le respect des particularités de soins aux personnes âgées à l'instar des soins pédiatriques et aux adultes, afin de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées et de leur offrir des soins de qualité empreinte d'humaniste.

Ensuite, les résultats mettent en lumière que les infirmières perçoivent que leurs soins vont au rythme d'une cadence modulée par l'organisation. En effet, l'organisation semble véhiculer des valeurs misant davantage sur l'efficacité et l'efficience des soins que sur la qualité des soins et du bien-être de la personne âgée. Bien que la performance de la salle d'urgence soit quasi indissociable avec une cadence de travail rapide pour les infirmières, ce contexte influence l'organisation de travail des infirmières qui priorisent, pour tout type de clientèle, les soins techniques. Cette culture laisse peu de place, selon les infirmières, à soutenir le respect, la dignité et l'autonomie de la personne âgée. Afin de respecter le rythme des personnes âgées et de leur assurer une qualité des soins, nous recommandons, d'une part, que les gestionnaires infirmières démontrent concrètement l'importance d'une approche infirmière adaptée à la personne âgée par divers moyens, par exemple en ayant des critères de performance liée au respect de cette approche. Les gestionnaires infirmières doivent être un modèle de rôle quant à l'application de cette approche, afin que celle-ci soit perçue positivement par l'équipe soignante. D'autre part, afin que les nouvelles infirmières adoptent rapidement l'approche adaptée à la personne âgée, il serait nécessaire qu'elles soient accompagnées par un modèle de rôle ayant une approche humaniste dans ses soins chez les personnes âgées.

Par ailleurs, les résultats de notre étude ont soulevé des contraintes organisationnelles qui limiteraient les infirmières de « prendre soin » globalement des personnes âgées. Les contraintes organisationnelles ciblées par les participantes sont, entre autres, le manque de ressources et le travail en dyade. Tout d'abord, il serait pertinent de revoir le modèle d'organisation de travail des équipes soignantes actuelle à la salle d'urgence. La proportion du personnel soignant est relativement faible considérant la complexité des soins requis par les personnes âgées et le roulement de patients important. Cette offre de service de base du personnel soignant a des répercussions sur la qualité des soins et le bien-être des personnes âgées, par exemple l'usage inapproprié de mesures de contrôle chez des personnes âgées ayant des déficits cognitifs ou un état confusionnel. Ensuite, des quarts de travail en temps supplémentaires ou temps supplémentaires obligatoires sont imposés régulièrement aux infirmières. Celles-ci disent être épuisées et certaines songent même à changer de profession. Afin d'améliorer l'environnement de travail qui est perçu moins favorable par les infirmières et améliorer leur satisfaction au travail, les gestionnaires infirmières doivent faire preuve de créativité et d'une rigoureuse planification pour réduire le plus possible ce temps supplémentaire et offrir des services adéquats aux personnes âgées. Aussi, il serait intéressant d'impliquer des bénévoles à la salle d'urgence lors du manque d'effectifs afin de stimuler les personnes âgées, par exemple à la marche, à l'alimentation et cognitivement ou encore pour briser leur solitude. Cette pratique pourrait prévenir le risque de chute et aussi, diminuer l'utilisation de mesures de contrôle chez les personnes âgées à risque de fugue.

Dans le même ordre d'idée, les infirmières perçoivent également s'éloigner de leur rôle professionnel et subir une surcharge de travail lorsqu'elles travaillent en dyade avec une infirmière auxiliaire. Étant donné la condition de santé complexe des personnes âgées ainsi que l'imprévisibilité de leur évolution clinique, les infirmières indiquent qu'elles ont besoin d'engager une relation de soins avec cette clientèle pour mieux les connaître. Toutefois, l'organisation de travail en dyade favorise davantage les soins techniques de l'infirmière auxiliaire que la plus-value du jugement clinique des infirmières. En effet, les infirmières constatent qu'elles sont surtout occupées à relever les prescriptions médicales, à la mise à jour des plans de soins infirmiers et à des tâches administratives. Étant donné le nombre élevé de

patients à leur charge, la dyade ne leur permet pas d'établir un lien de confiance avec chacun de leurs patients. Cette proximité avec les personnes âgées permet aux infirmières d'évaluer la condition de santé complexe pour agir rapidement et de s'engager dans une relation de soins pour répondre à leurs besoins. Plus concrètement, afin d'améliorer la qualité des soins et le bien-être des personnes âgées qui sont soignées par une dyade infirmière – infirmière auxiliaire, les infirmières gestionnaires pourraient :

- Clarifier les rôles et responsabilités d'une dyade infirmière – infirmière auxiliaire tout en optimisant leur étendue de pratique;
- Informer les infirmières sur la pertinence du travail en dyade en valorisant leur rôle de coordonnatrice des soins;
- Former des dyades infirmière – infirmière auxiliaire stables afin de favoriser une meilleure collaboration ;

Par ailleurs, les infirmières indiquent qu'un outil considérant la complexité clinique de la personne âgée serait nécessaire au triage. À cet effet, le groupe national de travail de l'ÉTG (*Canadian Triage and Acuity Scale* [CTAS]) est à procéder à une révision majeure de leur programme. Ils développent, entre autres, une nouvelle composante pédagogique axée sur la gériatrie afin de reconnaître les défis associés à cette clientèle (Bullard et al., 2017). Aussi, afin d'améliorer la prise de décisions au triage et d'améliorer la qualité des soins en considérant les risques de détérioration liés au temps d'attente, ils ont fait l'ajout d'un nouveau modificateur lié à la fragilité de la personne âgée (Bullard et al., 2017). Ce modificateur guide les infirmières responsables du triage à mieux identifier les personnes âgées fragiles. Ce nouveau modificateur permet d'accorder une priorité plus élevée à la personne âgée normalement triée au niveau quatre ou cinq de l'ÉTG. Lorsqu'ils seront disponibles, il serait donc pertinent de mettre à jour les paramètres du logiciel de l'ÉTG du triage ainsi que de former les infirmières afin qu'elles puissent appliquer ces nouvelles mises à jour.

Finalement, plusieurs infirmières ont rapporté qu'elles n'étaient pas consultées quant aux décisions prises concernant le fonctionnement organisationnel de la salle d'urgence. Il

serait pertinent de renforcer l'accès et le soutien aux initiatives du personnel soignant en les impliquant lors du développement de nouvelles pratiques de la salle d'urgence.

Pour le politique

Dans les écrits empiriques et dans notre étude, les professionnels de la santé peuvent avoir des attitudes et des comportements âgistes envers les personnes âgées de la salle d'urgence. Par exemple, notre étude soulève que les infirmières ont tendance à considérer l'âge comme un critère, souvent inconsciemment, discriminatoire. D'ailleurs, leurs préjugés et stéréotypes les amènent à considérer les personnes âgées comme un groupe homogène plutôt que de considérer les caractéristiques singulières de chaque personne âgée. La perte d'autonomie est le stéréotype qui a été le plus souvent mentionné dans notre étude. Juxtaposé au contexte organisationnel actuel limitant les infirmières à « prendre soin », ce stéréotype peut amener les infirmières à renforcer les comportements dépendants des personnes âgées et à ignorer leurs efforts d'indépendance. En outre, la majorité des infirmières voient les personnes âgées comme des tâches de plus à faire dans leur travail, ce qui a des impacts délétères sur la qualité des soins qu'elles prodiguent à cette clientèle.

Afin d'endiguer les attitudes et comportements âgistes dans la culture organisationnelle de la salle d'urgence ainsi que dans le système de santé, nous recommandons de mieux définir l'âgisme et les impacts de ces comportements sur les personnes âgées dans AAPA. En effet, étant une priorité ministérielle, tous les Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et Centre intégré universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) doivent implanter l'AAPA dans leurs milieux ainsi que former leur personnel. Toutefois, dans le présent document, le mot âgisme est seulement utilisé à deux reprises et le phénomène est très brièvement expliqué considérant l'importance et les impacts que ce comportement ont sur la personne âgée et sur le système de santé. Ensuite, de manière plus large étant donné que les stéréotypes prennent racine dans notre culture sociétale, des politiques doivent être diffusées afin de valoriser les personnes âgées dans notre société, par exemple par une présence plus

positive dans les médias, présenter une diversité d'histoires de vie ainsi que de soutenir le développement professionnel à l'égard des soins.

Conclusion

Soigner. Un verbe qui est lourd de sens, ayant différentes épithètes et qui entraîne diverses réactions lorsqu'associées à la personne âgée. D'attitudes positives à négatives, celles qu'adoptent les infirmières de la salle d'urgence d'aujourd'hui en ce qui concerne les soins à la personne âgée sont davantage négatives. Ceci découle de l'augmentation incontestable de ces personnes dans ce milieu de soins provoquant un paradoxe entre la culture de soins d'urgence et celles des soins aux personnes âgées. Nos résultats soulignent qu'il est significatif pour les infirmières travaillant à la salle d'urgence de s'engager dans une dynamique de soins humaniste avec les personnes âgées afin d'assurer des soins de qualité et leur bien-être. En outre, notre étude démontre que pour soigner une personne âgée, il est important de les « prendre en charge » globalement, ce qui relève de l'holisme et de l'évaluation de la personne âgée en tenant compte de dimensions physique, émotionnelle, mentale et environnementale. Toutefois, dans le contexte de la salle d'urgence, les infirmières considèrent cette prise en charge comme étant complexe et difficile. D'autre part, les significations qu'accordent les infirmières aux soins aux personnes âgées semblent être influencées par les perspectives plutôt négatives des infirmières sur le vieillissement ainsi que par le rythme des soins à la personne âgée qui est imposé par un système de santé qui prône la performance. Ils semblent que ces éléments ont une influence sur la possibilité des infirmières à considérer les personnes âgées avec importance et à accepter la complexité de leurs soins ainsi que leur individualité. Il est impératif de revaloriser l'humanité au cœur des soins d'urgence à tous les niveaux, d'autant plus que les personnes âgées sont bien présentes dans ce milieu. À cet égard, nos résultats démontrent que pour y arriver, il est nécessaire que les infirmières pensent à ses soins dans une perspective infirmière et non dans une perspective biomédicale. À cet effet, il faut guider les infirmières et les étudiantes infirmières pour qu'elles s'approprient l'art du « prendre soin » en favorisant l'acquisition de connaissances et le déploiement de compétences à l'égard des soins aux personnes âgées. Enfin, les organisations doivent valoriser, d'une part, les soins aux personnes âgées dans le contexte des salles d'urgence et, d'autre part, fassent la promotion de la philosophie humaniste dans leur milieu en mettant en valeur le rôle central de l'infirmière dans cette approche. De telles mesures permettraient aux personnes âgées d'avoir la possibilité d'être soignées avec dignité et qualité.

Références

- Adam, S., Joubert, S. et Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! *Revue de neuropsychologie*, 1(5), 4-8. doi: 10.3917/rne.051.0004
- Aminzadeh, F. et Dalziel, W. B. (2002). Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine*, 3(9), 238-247. doi: 10.1067/mem.2002.121523.
- Annandale, E. (1996). Working on the front-line: Risk culture and nursing in the new NHS. *Sociological Review*, 44(3), 416-451. doi: 10.1111/j.1467-954X.1996.tb00431.x
- Association québécoise de gérontologie. (2012). Qu'est-ce que l'âgisme ? Repéré à <http://www.aqg-quebec.org/260/Qu-est-ce-que-l-agisme-.gerontologie>
- Boltz, M., Parke, B., Shuluk, J., Capezuti, E. et Galvin, J. E. (2013). Care of the older adult in the emergency department: Nurses views of the pressing issues. *The Gerontologist*, 53(3), 441-453. doi: 10.1093/geront/gnt004
- Boreham, N. C., Shea, C. E. et Mackeay-Jones, K. (2000). Clinical risk and collective competence in the hospital emergency department in the UK. *Social Science and Medecine*, 51(1), 83-91. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00441-4
- Bourbonnais, A. (2015). L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers*, 120(1), 23-34. doi: 10.3917/rsi.120.0023
- Bourhis, R. Y et Gagnon, A. (2006). Les préjugés, la discrimination et les relations intergroupes. Dans R. J. Vallerand (dir.), *Les fondements de la psychologie sociale* (2^e éd., pp. 531-598). Montréal, Québec, Canada: Chenelière Éducation et Mc Graw-Hill.

- Boyle, J. S. (1994). Styles of ethnography. Dans J. M. Morse (dir.), *Critical issues in qualitative research methods* (p. 159-185). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brink, P. J. et Edgecombe, N. (2003). What is becoming of ethnography ? *Qualitative Health Research*, 13(7), 1028-1030. doi: 10.1177/1049732303253542
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4e éd.). New-York, NY: Oxford University Press.
- Bullard, M., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., Grierson, R.,... Swain, J. (2017). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(S2), S18 S27. doi:10.1017/cem.2017.365
- Bulut, H., Yazici, G., Demircan, A., Keles, A. et Demir, S. G. (2015). Determining emergency physicians' and nurses' views concerning older patients: A mixed method study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 179-184. doi: 10.1016/j.ienj.2014.08.002
- Capezuti, E., Boltz, M., Cline, D., Dickson, V. V., Rosenberg, M. C., Wagner, L., . . . Nigolian, C. (2012). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders – A model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3117-3125. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04259.x
- Carlson, E. et Idvall, E. (2014). Nursing students' experiences of the clinical learning environment in nursing homes: a questionnaire study using the CLES+T evaluation scale. *Nurse Education Today*, 34(7), 1130-1134. doi: 10.1016/j.nedt.2014.01.009

- Caterino, J., Karaman, R., Arora, V., Martin, J. L. et Hiestand, B. C. (2009). Comparison of balance assessment modalities in emergency department elders: a pilot cross-sectional observational study. *BMC Emergency Medicine*, 9(19), 1-7. doi: 10.1186/1471-227X 9-19
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2014). *Les urgences au Québec : évolution de 2003 2004 à 2012 à 2013* (Rapport urgences 2013). Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_014.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_016.pdf
- Commission européenne direction générale emploi et affaire sociales (2003). Eurobaromètre 57.0 - Mai 2003. Repéré à http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_168_exec.sum_fr.pdf
- Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. (2009). Rapport final. Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser. Repéré à http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/rep/AgingFinalReport_f.pdf
- Cooper, S. A. et Coleman, P. G. (2001). Caring for the older person: an exploration of perceptions using personal construct theory. *Age Ageing.*, 30(5), 399-402.
- Conseil des aînés du Québec. (2010). Avis sur l'âgisme envers les aînés : état de la situation. Repéré à https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/aisbl/generations/documents/DocPart_Etud_AgismeQuebec.pdf

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Repéré à http://soi6202.fsiumontreal.ca/cours/ethique_pratique/files/module4/EPTC_2_FINAL_Web.pdf.

Courtney, M., Tong, S. et Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients : A literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 6(2), 62-69. doi: 10.1046/j.1440-172x.2000.00192.x

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry et research design : Choosing Among Five Approaches* (3^e éd.). Los Angeles: SAGE Publications.

Deasey, D., Kable, A., et Jeong, S. (2016). An exploration of emergency nurses' understanding of the ageing process and knowledge of their older patient: A comparison between regional and metropolitan nurses in Australia. *International Emergency Nursing*. doi :10.1016/j.ienj.2016.03.004

Deasey, D., Kable, A. et Jeong, S. (2014). Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: A literature review. *Australasian Journal on Ageing*, 33(4), 229-236. DOI: 10.1111/ajag.12169

de Almeida Tavares, J. P., da Silva, A. L., Sa-Couto, P., Boltz, M. et Capezuti, E. (2015). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 51-61. doi: 10.1111/scs.12124

de Guzman, A. B., Dangoy, R. J. D., David, K. C. V., Dayo, K. J. H., de Claro, K. A., de Guzman, G. V. G. G. et de Jesus, G. I. D. (2009). How many sides does a coin have?

- A phenomenology of Filipino nurses' motivation and attitudes toward geriatric care. *Educational Gerontology*, 35(3), 260-276. doi: 10.1080/03601270802614541
- Elmqvist, C., Fridlund, B. et Ekebergh, M. (2012). Trapped between doing and being: First providers' experience of "front line" work. *International Emergency Nursing*, 20(3), 113-119. doi: 10.1016/j.ienj.2011.07.007
- Enns, C.L. et Sawatzky, J.V. (2016). Emergency nurses' perspectives: factors affecting caring. *Journal of Emergency Nursing*, 42 (3), 240-245.
- Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal (2008). *Grille d'analyse Pertinence, Rigueur, Transfert (PRT)*. Montréal : Auteur
- Fédération internationale du vieillissement (2012). Rapport de Revera sur l'âgisme : un aperçu des différences entre les sexes. Repéré à http://www.reveraliving.com/revera/media/revera/content/revera-report_gender_differences_final_fr_1.pdf
- Ferrario, C. G., Freeman, F. J., Nellett, G. et Scheel, J. (2007). Changing nursing students' attitudes about aging: an argument for the successful aging paradigm. *Educational Gerontology*, 34(1), 51-66. doi: 10.1080/03601270701763969
- Fry, M. (2012). An ethnography: Understanding emergency nursing practice belief systems. *International Emergency Nursing and Health Sciences*, 20(3), 120-125. doi: 10.1016/j.ienj.2011.09.002
- Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P. et Stein-Partbury, J. (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing and Health Sciences*, 16(4), 449-453. doi: 10.1111/nhs.12137
- Gaymard, S. (2006). The representation of old people: comparison between the professionals and students. *Revue internationale de psychologie sociale*, 3(19), 69-91.

- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. et Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291-295. doi: 10.1038/bdj.2008.192
- Grief, C. L. (2003). Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: A synthesis of recent research. *Journal of Emergency Nursing*, 29(2), 122-126. doi: 10.1067/men.2003.65
- Guinchard, B., Sylvain, H., Ouellet, N., Python, N. V. et Carpentier, M. (2012). Soigner les personnes âgées : facteurs d'attractivité et de rétention des infirmières. Perspectives croisées Bas St-Laurent (Québec, CA) et Canton de Vaud (CH). *Recherche en soins infirmiers* (Trois-Rivières, Québec : Université du Québec à Trois-Rivières. ed., Vol. 3).
- Higgins, I., Van Der Riet, P., Slater, L. et Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, 26(2), 225-237. doi: 10.5555/conu.2007.26.2.225
- Hwang, U. et Morrisson, R. S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of American Geriatrics Society*, 55(11), 1873-1876. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01400.x
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., et Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-922. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1
- Katz, D. (1960). The Functional Approach to the Study of Attitudes. *The Public Opinion Quarterly*, 24(2), 163-204.
- Kearney, N., Miller, M., Paul, J. et Smith, K. (2000). Oncology healthcare professionals' attitudes toward elderly people. *Annals of Oncology*, 11(5), 599-601.

- Kelly, M. L., Parke, B., Jokinen, N., Stones, M. et Renaud, D. (2011). Senior-friendly ED care and environmental assessment. *Journal of Health Services Research and Policy*, 16(1), 6-12. doi: 10.1258/jhsrp.2010.009132
- Khokher, P., Bourgeault, I. L. et Sainsaulieu, I. (2009). Work culture within the hospital context in Canada: professional versus unit influences. *Journal of Health Organization and Management*, 23(3), 332-345. doi: 10.1108/14777260910966753
- Kihlgren, A., Nilsson, M. et Sørli, V. (2005). Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses’ reasoning. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 601-608. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01104.x
- Krout, J. A. et McKernan, P. (2007). The impact of gerontology inclusion on 12th grade student perceptions of aging, older adults and working with elders. *Gerontology et Geriatrics Education*, 27(4), 23-40. doi: 10.1300/J021v27n04_02
- Lafrenaye, Y. (1994). Les attitudes et le changement des attitudes. Dans R. J. Vallerand (dir.), *Les fondements de la psychologie sociale* (p. 327-405). Boucherville Gaétan Morin éditeur.
- Lafrenière, S. et Dupras, A. (2014). Les Signes AINÉES - Partie 1 - Un outil pour améliorer l'évaluation de la condition de santé des personnes âgées. *Perspective infirmière*, 11(2), 46-51.
- Leininger, M.M. (2001). *Culture care diversity and universality : A theory of nursing*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M. M. (1994). Evaluation Criteria and Critique of Qualitative Research Studies. Dans J. M. Morse (dir.), *Critical Issues in Qualitative Research Methods* (p. ??). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Leininger, M.M. (1988). The phenomenon of caring: Importance, research questions and theoretical considerations. Dans M.M. Leininger (dir.), *Caring: an essential human need* (p. 3-15). Detroit, MI : Wayne State University.
- Leininger, M. M. et McFarland, M. R. (2006). *Cultural care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. (2^e éd.). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Levy , B. R. (1996). Improving memory in old age through implicit selfstereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1092-1107. doi: 10.1037//0022-3514.71.6.1092
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336.
- Levy, B.R., Ashman, O., Dror, I. E. (2000). To be or Not to be: The Effects of Aging Stereotypes on the Will to Live. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 40(3), 409-420. doi: 10.2190/y2ge-bvyq-nf0e-83vr
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R. et Kasl, S. V. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. doi: 10.1037//0022-3514.83.2.261
- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D. et Ferrucci, L. (2009). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychological Science*, 20(3), 296-298. doi: 10.1111/j.1467-9280.2009.02298.x
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury, CA: Sage Publications.
- Liu, Y. E., Norman, I. J. et While, A. E. (2013). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1271-1282. doi: 0.1016/j.ijnurstu.2012.11.021

- Loiselle, C. G. et Porfetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, 24(1), 22-26. doi: 10.1016/j.jvn.2005.11.001
- Lowthian, J. A., Curtis, A. J., Jolley, D. J., Stoelwinder, J. U., McNeil, J. J. et Cameron, P. A. (2012). Demand at the emergency department front door: 10-year trends in presentations. *The Medical Journal of Australia*, 196(2), 128-132. doi: 10.5694/mja11.10955
- MacDowell, N. M., Proffitt, C. J. et Frey, R. C. (1999). Effects of educational intervention in gerontology on hospital employees' knowledge of and attitudes about the older adult. *Journal of Allied Health*, 28(4), 212-219.
- Malmgreen, C., Graham, P. L., Shortridge-Baggett, L. M., Courtney, M. et Walsh, A. (2009). Establishing Content Validity of a Survey Research Instrument The Older Patients in Acute Care Survey—United States. *Journal for Nurses in Staff Development*, 25(6), 14-18.
- Mandy, A., Lucas, K. et Hodgson, L. (2007). Clinical Educators' Reactions to Ageing. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 5(4), 1-14.
- Mellor, P., Chew, D. et Greenhill, J. (2007). Nurses' attitudes toward elderly people and knowledge of gerontic care in a multi-purpose health service (MPHS). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 37-41.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000). Guide de gestion de l'unité d'urgence (Publication no00-901-03F). Repéré <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-901.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>
- Morse, J. M. (1995). The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149.
- Muntlin, A., Carlsson, M. et Gunningberg, L. (2010). Barriers to change hindering quality improvement: the reality of emergency care. *Journal of Emergency Nursing*, 36(4), 317-323. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.003
- Nelson, T. D. (2007). Ageism: The strange case of prejudice against the older you. Dans R. L. Wiener et S. L. Willborn (Dir.), *Disability and Aging Discrimination* (p. 37-47). New York, NY ; London: Springer.
- Neville, C. et Dickie, R. (2014). The evaluation of undergraduate nurses' attitudes, perspectives and perceptions toward older people. *Nurse Education Today*, 34(7), 1074. doi:10.1016/j.nedt.2014.04.018.
- Ng, R., Allore, H., Trentalange, M., Monin, J. et Levy, B. R. (2015). Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: Evidence from a Database of 400 million words. *PLoS One*, 10(2), 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0117086
- Nugus, P. et Forero, R. (2011). Understanding interdepartmental and organizational work in the emergency department: An ethnographic approach. *International Emergency Nursing*, 19(2), 69-74. doi: 10.1016/j.ienj.2010.03.001
- Nyström, M., Dahlberg, K. et Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit--a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40(7), 761-769.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). Le triage à l'urgence. Lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/230_doc_0.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). La discrimination et les attitudes négatives à l'égard du vieillissement sont nocives pour la santé. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/discrimination-ageing-youth/fr/>
- Paré, G., Trudel, M. C., Jaana, M. et Kitsiou, S. (2015). Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews. *Information et Management*, 52(2), 183-199. doi: 10.1016/j.im.2014.08.008
- Pellat, G. (2003). Ethnography and reflexivity : Emotions and feelings in fieldwork. *Nurse Research*, 10(3), 28-37.
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Person, J., Spiva, L. et Hart, P. (2013). The culture of an emergency department: An ethnographic study. *International Emergency Nursing*, 21(4), 222-227. doi: 10.1016/j.ienj.2012.10.001
- Pines, J. M., Mullins, P. M., Cooper, J., Feng, L. B. et Roth, K. E. (2013). National trends in emergency department use, care patterns, and quality of care of older adults in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(1), 12-17. doi: 10.1111/jgs.12072
- Polat, Ü., Karadag, A., Ülger, Z. et Demir, N. (2014). Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemporary Nurse*, 48(1), 88-97. DOI: 10.1080/10376178.2014.11081930

- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2017). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10^e éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Rippon, I., Zaniotto, P. et Steptoe, A. (2015). Grater perceived age discrimination in England than the United States : Results from HRS and ELSA. *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 70(6), 925-933. doi: 10.1093/geronb/gbv040
- Robinson, S. et Mercer, S. (2007). Older adult care in the emergency department: identifying strategies that foster best practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(7), 40-47.
- Robinson, S. G. (2013). The relevancy of ethnography to nursing research. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 14-19. doi: 10.1177/0894318412466742
- Roper, J. M. et Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Roethler, C., Adelman, T., et Parsons, V. (2011). Assessing emergency nurses' geriatric knowledge and perceptions of their geriatric care. *Journal of Emergency Nursing*, 37(2), 132-137. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.020
- Ryan, A., Melby, V. et Mitchell, L. (2007). An evaluation of the effectiveness of an educational and experimental intervention on nursing students' attitudes towards older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2(2), 93-101. doi: 10.1111/j.17483743.2007.00060.x
- Schein, E. H. (2010). *Organizational Culture and Leadership* (4^e éd.). San Francisco: Jossey Bass
- Schigelone, A. R. (2003). How can we ignore the why? *Journal of Gerontological Social Work*, 40(3), 31-50. doi: 10.1300/J083v40n03_04

- Schroyen, S., Adam, S., Jerusalem, G. et Missotten, P. (2015). Ageism and its clinical impact in oncogeriatrics: state of knowledge and therapeutic leads. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 117-125. doi: 10.2147/CIA.S70942
- Shanley, C., Sutherland, S., Stott, K., Tumeth, R. et Whitmore, E. (2008). Increasing the profile of the care of the older person in the ED: A contemporary nursing challenge. *International Emergency Nursing*, 16(3), 152-158. doi: 10.1016/j.ienj.2008.05.005
- Shen, J. et Xiao, L.D. (2012). Factors affecting nursing students' intention to work with older people in China. *Nurse Education Today*, 32(3), 219-223. doi: 10.1016/j.nedt.2011.03.016
- Sim, J. et Sharp, K. (1998). A critical appraisal of the role of triangulation in nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 35(1), 23-31. doi: 10.1016/S0020-7489(98)00014-5
- Speziale, H. J. S. (2007). Ethnography as Method. Dans H. J. S. Speziale et D. R. Carpenter (dir.), *Qualitative Research in nursing. Advancing the Humanistic Imperative* (p. 167-199). Philadelphia, PA: Lippincott Williams et Wilkins.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Statistique Canada. (2015). La situation des personnes âgées dans les ménages. Repéré à https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98312x2011003_4-fra.cfm
- Stevens, J. A. (2011). Student nurses' career preferences for working with older people: A replicated longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48. 944-951.

- Stevens, J. et Crouch, M. (1995). Who cares about care in nursing education? *International Journal of Nursing Studies*, 32(3), 233-242.
- Streubert, H. J. et Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5^e éd.). Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins.
- Taylor, B. J., Rush, K. L. et Robinson, C. A. (2015). Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: A focused ethnography. *International Emergency Nursing*, 23(2), 185-189. doi: 10.1016/j.ienj.2014.11.003
- TNS Opinion et Social. (2013). Eurobaromètre spécial 393. Discrimination dans l'UE en 2012. Résumé. Repéré à http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_393_sum_fr.pdf
- Tullo, E. S., Spencer, J. et Allan, L. (2010). Systematic review: helping the young to understand the old. Teaching interventions in geriatrics to improve the knowledge, skills, and attitudes of undergraduate medical students. *Journal of American Geriatrics Society*, 58(10), 1987-1993. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03072.x
- Vallerand, R. J. et Lafrenaye, Y. (2006). Les attitudes. Dans R. J. Vallerand (dir.), *Les fondements de la psychologie sociale* (2^e éd., p. 235-291). Montréal, Canada: Les éditions de la Chenelière inc.
- Vallerand, R. J. et Rip, B. (2006). Le soi: déterminants, conséquences et processus. Dans R. J. Vallerand (dir.), *Les fondements de la psychologie sociale* (2^e éd., p. 83-139). Montréal, Québec, Canada : Chenelière Éducation et Mc Graw-Hill.
- Watson, J. (1990). Caring knowledge and informed moral passion. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 15-24.

Annexe A

Lignes directrices de la revue *La Gérontoise*

***La Gériologie* — Directives aux auteurs**

La Gériologie est la publication officielle de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériologie (AQIG). Elle est diffusée en [version électronique](#) deux fois par année et est destinée aux membres ainsi qu'à toute personne intéressée par les développements cliniques et scientifiques, susceptibles de contribuer à la pratique en soins infirmiers gériogériatriques.

La Gériologie publie des articles cliniques, des revues des écrits ou des articles de recherche portant sur les soins aux personnes âgées. Ils ne doivent pas avoir été soumis à un autre périodique. Ils seront soumis à une évaluation scientifique.

Format des articles

- L'article doit être rédigé en français dans un document Word (format .doc ou .docx) ;
- Il doit être accompagné d'une lettre de présentation qui présente sommairement l'article, explique le choix de *La Gériologie* pour le publier, atteste que l'article n'a pas été soumis à un autre périodique et que tous les auteurs sont d'accord pour sa publication ;
- Il doit contenir une page titre présentant le titre de l'article, le nom des auteurs, les coordonnées de l'auteur principal, une déclaration quant aux conflits d'intérêts, les sources de financement si applicable et, si souhaité, des remerciements ;
- Un résumé d'au maximum 250 mots doit accompagner l'article, ainsi que cinq (5) mots clés ;
- Le nombre de pages doit être d'au maximum 16 pages, en police *Arial* 12, à un interligne et demi (1½) avec des marges à 2,5 cm, incluant les tableaux, les figures et les références ;
- L'article doit adopter un style scientifique cohérent avec la nature de l'article soumis (p.ex. un article qui témoigne d'une expérience clinique pourrait utiliser le « je », alors qu'une revue des écrits adopterait un style plus neutre) ;
- Les titres doivent être indiqués par le soulignement ;
- Les numéros de page doivent être indiqués dans le coin supérieur droit ;
- Les tableaux et les figures doivent être mis en page en utilisant un interligne de 1½. Ils doivent être numérotés et accompagnés d'un titre ;

- L'utilisation de photos couleur et de figures est possible. Cependant, il est primordial qu'elles soient en haute définition. Elles doivent être soumises dans un fichier à part en précisant dans le texte où les insérer. Il est de la responsabilité des auteurs de s'assurer d'avoir les droits pour vos images ou photos ;
- Pour mettre une partie de texte en encadré ou en exergue, l'indiquer au début du paragraphe en question ;
- Les références doivent être complètes et présentées selon les normes de l'APA disponibles en français sur le site suivant : <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes-de-l-APA>. Ces normes utilisent le nom des auteurs dans le texte, par exemple (Thibeault, 2015), et non un numéro. Vérifier que toutes les références indiquées dans le texte se retrouvent dans la liste et que, à l'inverse, qu'il n'y ait pas de références indiquées dans la liste qui soient absentes dans le texte ;
- L'utilisation de logiciel de gestion bibliographique, par exemple Endnote ou Zotero, est possible. Le style de l'APA en français pour ces logiciels est disponible à l'adresse suivante : <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes-de-l-APA?tab=110> ;
- Dans *La Gérotoise*, l'utilisation du féminin pour le titre d'« infirmière » est de rigueur pour ne pas alourdir le texte ;
- Il est préférable d'utiliser le terme « les proches » au lieu de « la famille » lorsque cela est possible, et ce afin de ne pas discriminer les personnes non membres de famille qui sont auprès de la personne âgée.

Processus de soumission

- Les dates de tombée sont : 14 septembre et 14 février ;
- La lettre de présentation, l'article et, si applicables, les photos/figures doivent être transmis par courriel (taille maximale de 10 Mo) aux deux rédactrices en chef aux coordonnées ci-dessous ;
- Un accusé de réception sera transmis ;
- À la suite de l'évaluation de l'article, ce dernier pourra être accepté avec des révisions mineures ou majeures ou il pourrait être refusé ;

Pour toutes questions, n'hésitez pas à communiquer avec les rédactrices en chef :

Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

Véronique Dubé, inf., Ph. D.

Site web de *La Gérotoise* : <https://www.aqiig.org/page/la-gerontoise/gerontoise>

Annexe B

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Date : _____

Numéro d'identification de l'informateur clé : _____

Nom fictif de l'informateur clé : _____

1. Quel est votre âge? _____

2. Genre

☐ Féminin

☐ Masculin

3. Quelle est votre formation?

☐ DEC

☐ Certificat(s)

☐ Baccalauréat

☐ Maîtrise

☐ Doctorat

☐ Autre : _____

4. Depuis combien d'années travaillez-vous comme infirmière ou infirmier? _____

5. Depuis combien d'années travaillez-vous comme infirmière ou infirmier en salle d'urgence? _____

6. Vous travaillez de :

☐ Jour

☐ Soir

☐ Nuit

☐ Rotation

7. Avez-vous cumulé des heures de formation en lien avec les soins gériatriques au cours de la dernière année ?

☐ Oui

☐ Non

8. Vivez-vous ou avez-vous vécu avec une personne âgée?

☐ Oui

☐ Non

Annexe C
Guide d'observation

Guide pour l'observation des informateurs clés et du milieu

Catégorie	Inclusion	Quoi noter
L'environnement des informateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiance • Qui fait partie de l'environnement des informateurs • Organisation de l'environnement • Disposition des diverses sections de la salle d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Heure et date • Description des lieux physiques • Description des lieux sociaux
Interactions verbales entre les informateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Qui parle à qui • Durée des interactions • Qui amorce l'interaction • Langues ou dialectes parlés • Ton de la voix • Dynamisme des interactions • Émotion 	<ul style="list-style-type: none"> • Heure et date • Description des activités lors de l'interaction • Description de la nature des interactions
Comportements des informateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Ce que les informateurs font • Qui fait quoi • Qui interagit avec qui • Qui n'interagit pas • Dynamisme • Émotion • Positionnement du corps 	<ul style="list-style-type: none"> • Heure et date • Description des activités lors du comportement • Description de la nature des comportements
Activités au poste infirmière	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation des priorités des soins • Discussions • Transmission des informations 	<ul style="list-style-type: none"> • Heure et date • Description des activités au poste
Autres	•	•

Annexe D

Guide d'entretien semi-structuré

Guide d'entretien semi-structuré

Préambule

Cet entretien vise à connaître ce que signifie pour vous de soigner une personne âgée à la salle d'urgence. La durée de cet entretien sera d'environ 60 minutes et vous pouvez, à tout moment, demander de reformuler les questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre expérience de soins d'urgence auprès des personnes âgées que je souhaite connaître. De plus, cet enregistrement sera enregistré sur bande audio afin de pleinement vous écouter.

- 1) Pour vous, qu'est-ce que cela veut dire être une infirmière de la salle d'urgence?
(*Fonction d'expression de valeur - Question descriptive*)⁴
- 2) Pouvez-vous me raconter comment cela se déroule pour vous lorsqu'une personne âgée se présente à l'urgence? (*Fonction de la connaissance et de défense de l'égo - Question descriptive*)
- 3) Pour vous, qu'est-ce qu'une personne âgée? (*Fonction de la connaissance et de défense de l'égo - Question structurelle*)
- 4) Pour vous, que représente « vieillir »? (*Fonction de la connaissance et de défense de l'égo - Question structurelle*)
- 5) Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez donné les meilleurs soins possibles à une personne âgée? (*Fonction d'expression de valeur - Question structurelle*)
- 6) Qu'est-ce qui a rendu votre travail plus facile? (*Fonction instrumentale ou utilitaire - Question structurelle*)

⁴ Les éléments entre parenthèses font référence au cadre de théorique de Schigelone (2003) et aux types de question décrits par Spradley (1979)

- 7) Qu'est-ce qui a rendu votre travail plus difficile? (*Fonction instrumentale ou utilitaire - Question structurelle*)
 - 8) Pouvez-vous me raconter une situation où vous n'avez pas eu l'impression de donner les meilleurs soins possibles à une personne âgée? (*Fonction d'expression de valeur - Question structurelle*)
 - 9) Qu'est-ce qui a rendu votre travail plus facile? (*Fonction instrumentale ou utilitaire - Question structurelle*)
 - 10) Qu'est-ce qui a rendu votre travail plus difficile? (*Fonction instrumentale ou utilitaire - Question structurelle*)
 - 11) Pouvez-vous m'expliquer les différences que vous voyez entre les soins que vous devez donner à un jeune patient de ceux d'un patient âgé? (*Fonction instrumentale ou utilitaire et de la connaissance - Question de contraste*)
 - 12) Pouvez-vous m'expliquez comment vous vous sentez lorsque vous devez soigner une personne âgée? (*Fonction d'expression de valeur et de défense de l'égo - Question structurelle*)
 - 13) Qu'est-ce qui vous aide à donner des soins aux personnes âgées? (*Fonction instrumentale ou utilitaire - Question descriptive*)
 - 14) Qu'est-ce qui vous nuit? (*Fonction instrumentale ou utilitaire - Question descriptive*)
-

- 15) Pour conclure, est-ce qu'il a des éléments qui n'ont pas été abordés dans le cadre de cet entretien et que vous aimeriez partager?

Remerciement

Je vous remercie grandement d'avoir pris le temps de me rencontrer et de la générosité de vos réponses. C'était un plaisir de discuter avec vous.

Annexe E
Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant dans une salle d'urgence.
Chercheure responsable du projet de recherche :	Anne Bourbonnais, inf., Ph. D., directrice de recherche. Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
Étudiante :	Geneviève Leblanc, inf., candidate à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Depuis quelques années, les salles d'urgence du Québec sont encombrées et éprouvent des délais d'attente pour traiter les patients. Puisque la population est vieillissante, davantage de personnes âgées consultent aux urgences. Ce changement démographique amène des changements dans la pratique infirmière en soins d'urgence. Les significations que donnent les infirmières travaillant en salle d'urgence à soigner une personne âgée sont peu étudiées. Pourtant, ces connaissances sont primordiales afin que les milieux de soins connaissent les besoins des infirmières et que ces dernières puissent prodiguer des soins de qualité et d'améliorer l'expérience de soins aux personnes âgées.

Compte tenu des considérations précédentes, le but de cette étude est de comprendre ce que signifient de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant à l'urgence.

Afin de réaliser ce projet d'étude, nous voulons recruter de quatre à six infirmiers ou infirmières, détenant un poste et travaillant depuis plus d'un an à la salle d'urgence.

Déroulement du projet de recherche

Dans le cadre de ce projet d'étude, votre participation est souhaitée afin que vous partagiez votre expérience de soigner des personnes âgées à la salle d'urgence.

Votre collaboration impliquera, d'abord, de répondre à un court questionnaire permettant de recueillir des informations, par exemple, sur votre âge et le nombre d'années d'expérience en salle d'urgence. Par la suite, un entretien individuel d'environ une heure sera réalisé au moment et dans un lieu de votre choix ou dans un local du centre hospitalier où vous travaillez. Cet entretien, sous forme de conversation, sera composé de questions simples afin que vous nous parliez de vos récentes expériences de soins avec une personne âgée. Dans l'intention de vous écouter pleinement et d'analyser de façon rigoureuse vos propos, l'entretien sera enregistré sur bande audio.

Également, il est possible que l'étudiante du projet de recherche effectue des observations dans votre milieu de travail pendant que vous travaillez, et ce, sur une période d'environ un mois. Ces observations visent à mieux connaître votre environnement de travail et vos interactions avec vos collègues. Il est aussi possible qu'elle vous pose des questions spontanément sur vos perceptions au sujet des soins aux personnes âgées à la salle d'urgence.

Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances quant aux soins aux personnes âgées à la salle d'urgence.

Inconvénients associés au projet de recherche

Outre le temps consacré à la participation à ce projet, aucun inconvénient ne devrait découler de votre participation à ce projet d'étude. Toutefois, dans le cas où vous exprimeriez une forme de détresse lors de votre participation à l'étude, nous pouvons vous orienter, si vous le voulez, au service d'aide aux employés du CIUSSS. Ce service apporte un soutien immédiat et confidentiel pouvant vous aider à résoudre vos préoccupations.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y

participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision.

La chercheure responsable de ce projet, le Comité d'éthique de la recherche peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheure responsable de ce projet ainsi que son étudiante recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre l'enregistrement sur bandes audio de votre entretien avec l'étudiante du projet de recherche, les réponses aux questionnaires, les informations recueillis lors des observations et des conversations informelles. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante responsable de ce projet de recherche.

Les renseignements recueillis, à titre de données de recherche, seront utilisés par la chercheure responsable et l'étudiante de ce projet dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Il ne sera pas possible à votre employeur d'avoir accès à ces données.

Les données de recherche pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de

recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par la chercheure responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche ou par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la chercheure responsable de ce projet de recherche.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheure responsable de ce projet de recherche détient ces informations.

Études ultérieures

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche soit dans le domaine de la neuroscience du vieillissement ou soit dans le domaine de la promotion de la santé, des soins et des interventions.

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche avant leur réalisation. Vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire dans les serveurs informatiques du Centre de recherche. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pouvez demander la destruction de vos données de recherche en vous adressant à la chercheure responsable de ce projet de recherche.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées à ces conditions pour réaliser d'autres projets de recherche? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que la chercheuse responsable de ce projet de recherche ou son étudiante reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

☐ Oui ☐ Non

Financement du projet de recherche

L'étudiante de ce projet a reçu une bourse de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille pour mener à bien ce projet de recherche.

Compensation

Aucune compensation financière ne découlera de votre participation à ce projet de recherche.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant à la recherche

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable de ce projet de recherche, Anne Bourbonnais et avec l'étudiante-chercheuse, Geneviève Leblanc.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche et au formulaire d'information et de consentement. Pour toute information, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité, par téléphone [REDACTED]. Vous pouvez également joindre le secrétariat du Comité par courriel à l'adresse suivante [REDACTED].

Consentement

Titre du projet de recherche : Les significations de soigner des personnes âgées pour des infirmières travaillant dans une salle d'urgence

I. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Signature du participant

Date

II. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Signature de la personne qui obtient le consentement

Date

III. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Annexe F

Lettre d'information sur le projet de maîtrise pour les informateurs généraux

À l'équipe de soins

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières et je réalise présentement une étude dans votre salle d'urgence. Le but de cette recherche est de comprendre ce que signifie pour les infirmières travaillant à la salle d'urgence de soigner des personnes âgées. Les significations que donnent les infirmières quant à leur expérience de soins auprès de cette clientèle dans le contexte de l'urgence sont très peu étudiées. Pourtant, ces connaissances sont primordiales afin que les milieux de soins connaissent les besoins des infirmières pour qu'elles puissent prodiguer des soins de qualité et améliorer l'expérience de soins aux personnes âgées.

Tout au long de ce projet d'études, j'observerai votre environnement de travail ainsi que les interactions entre collègues. Il est possible que je vous questionne afin de connaître vos perceptions quant au sujet des soins aux personnes âgées à la salle d'urgence. De plus, certaines infirmières seront sollicitées pour participer à un entretien afin de discuter de leurs expériences de soins auprès des personnes âgées.

Durant toute l'étude, je resterai disponible pour répondre à vos questions quant au projet d'études et pour vous écouter si vous avez des éléments qui pourraient être importants pour cette l'étude.

Merci de votre collaboration et au plaisir de faire votre connaissance.

Geneviève Leblanc, inf., candidate à la maîtrise

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal